



MINISTERIO SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN
DIRECCIÓN GENERAL



N° 048 -DG/HHV-2025

Resolución Directoral

Santa Anita, 19 de febrero de 2025

Visto, el Expediente N° 25MP-00585-00 e Informe N° 010-OGC/HHV/2025, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad por el cual solicita la aprobación del documento técnico denominado "Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2025", del Hospital Hermilio Valdizán, y;

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

Que, del documento de vistos, de fecha 07 de enero de 2025, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del proyecto denominado "Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2025", teniendo como finalidad promover y sistematizar la mejora continua de la atención de los servicios del Hospital Hermilio Valdizán, a través del cumplimiento de las normas técnicas vigentes y los derechos de los usuarios en salud al mismo tiempo que contribuimos a la consolidación de una cultura de calidad y autodisciplina en los servicios de salud;

Que, por Informe N° 010-OGCHHV-2025 la Oficina de Gestión de la Calidad es sus extremos señala que: "Un plan anual de auditoría es una herramienta que define los procesos que serán evaluados, los objetivos, la metodología, el alcance, los responsables de los procesos auditados, y los medios a través de los cuales se realizarán las evaluaciones. En tal sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad, en cumplimiento de la NTS N°029- MINSA/DIGEPRES-V.02 (aprobada con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA), ha elaborado el presente Plan de Auditoría de la Calidad 2025 que detalla las actividades a cumplir durante el presente año y que se adjunta como anexo al presente documento";



Que, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, en el Memorando N° 070-OEPE-HHV-2025 del 11 de febrero de 2025 hace mención a: la Nota Informativa N° 017-UO-OEPE-HHV-2025 del 05 de febrero de 2025, la Coordinadora de la Unidad de Organización quien emite opinión favorable a la estructura del citado documento técnico del Plan propuesto, indicando que: "se encuentra alineado a la estructura establecida en el documento "Directiva Administrativa No. 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos En el Ministerio de Salud", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 090-2022-MINSA". Mientras que, el Coordinador de la Unidad de Planeamiento y Gestión Institucional, mediante Nota Informativa N° 013-UPyGI-OEPE-HHV-2025 del 07 de febrero de 2025, en cuanto al citado documento técnico señala que: "se evidencia que está articulado al objetivo 04 Fortalecer la Rectoría y la Gobernanza sobre el Sistema de Salud; y la Gestión Institucional; Para el desempeño eficiente; Ético e íntegro; En el marco de la modernización de la Gestión Pública. Con énfasis en las prioridades del Plan Operativo Institucional 2025 aprobado con RD N° 216-DG/HHV- 2024, está considerado en sus metas físicas 2025". Y por Nota Informativa N° 029-UP-OEPE-HHV-2025 del 10 de febrero de 2025, el Coordinador de la Unidad de Presupuesto informa que el citado documento presenta requerimiento presupuestal, de Contratación Personal Locador, indicando que la Oficina de Gestión a la Calidad cuenta con presupuesto, y, de considerar prioritaria, se deberá coordinar con la Oficina de Administración para que realicen una propuesta de Nota Modificatoria a fin de habilitar presupuesto y pueda cumplir con el citado Plan Anual de Auditoría de Calidad, por lo que, resulta necesario proceder a su aprobación.

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe N° 084-OAJ-HHV-2025;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el "Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2025" del Hospital Hermilio Valdizán, el mismo que consta con veintisiete (27) páginas, incluidos cuatro (4) anexos, el cual forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad se encargue de difundir e implementar el Plan aprobado por el artículo 1, así como informar trimestralmente a la Dirección General sobre su desarrollo.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
"HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN"
Dr. Víctor Alexis Alcázar Mendoza
Director General
C.M.P. 034622 R.N.E. 027966

VAAM/RFS/CRMA/OACH
DISTRIBUCIÓN
OEPE
OGC
OEI
OAJ
INTERESADOS.

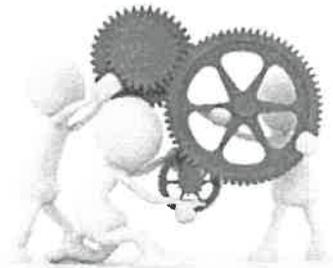


HOSPITAL
HERMILIO
VALDIZÁN

Oficina de Gestión de la Calidad



DOCUMENTO
TECNICO: PLAN
ANUAL DE
AUDITORIA DE
LA CALIDAD



2025

LIMA - PERÚ

ÍNDICE

	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	4
III. OBJETIVOS.....	4
3.1. Objetivo general.....	4
3.2. Objetivos específicos.....	4
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	4
V. BASE LEGAL.....	5
VI. CONTENIDO	6
6.1. Aspectos técnicos conceptuales.....	6
6.2. Análisis de la situación actual.....	7
6.3. Articulación operativa al POI.....	8
6.4. Actividades.....	10
6.5. Presupuesto y fuentes de financiamiento	16
6.6. Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del Plan.....	16
VII. RESPONSABILIDADES.....	18
VIII. ANEXOS.....	19



DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

I. INTRODUCCIÓN:

La auditoría de la calidad de la atención en salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio de Salud reconoce para la evaluación y monitoreo del cumplimiento de los estándares de calidad de la atención de la salud que se brinda a los pacientes en las diferentes instituciones públicas a nivel nacional.

Las auditorías contribuyen de forma decidida al perfeccionamiento de las atenciones en salud al identificar las oportunidades de mejora, proponer las medidas correctivas en tiempo y forma, y en realizar los seguimientos debidos. Sin embargo, es responsabilidad de todos los departamentos y áreas de salud el participar de estas auditorías de calidad en forma activa tanto en la receptividad de las mismas como en el cierre de las brechas identificadas para que de forma conjunta se mejoren las atenciones en salud y de esa manera se fortalezca a la institución dentro de un contexto de transparencia, eficiencia y ética.

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



El presente Plan Anual de Auditoría de la Calidad es un documento en el que se señalan los objetivos, las actividades, los períodos y los responsables que lo llevarán a cabo durante el año 2025, de acuerdo a lo establecido en la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la calidad de la Atención en Salud" – NTS N°029-MINSA/DIGEPRES V.02, para lo cual se realizarán las siguientes auditorías: Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Gestión Clínica, Auditoría Médica (Evaluación de Calidad de Registro), y otras relacionadas, siendo este Plan una herramienta vital del Hospital que permitirá mejorar la calidad de atención del paciente con mayor eficacia, transparencia y humanización, generando el valor público esperado.

II. FINALIDAD:

Promover y sistematizar la mejora continua de la atención en salud de los servicios del Hospital Hermilio Valdizán a través del cumplimiento de las normas técnicas vigentes y los derechos de los usuarios en salud al mismo tiempo que contribuimos a la consolidación de una cultura de calidad y autodisciplina en los servicios de salud.

III. OBJETIVOS:

Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

1. Implementar Auditorías de Calidad de Atención en el Hospital Hermilio Valdizán, impulsando la cultura de mejora continua en los profesionales de salud.
2. Planificar actividades para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2025 en el Hospital Hermilio Valdizán.
3. Fortalecer el funcionamiento y capacidad técnica de los Comités de Auditoría del HHV: Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.
4. Promover la adherencia de los profesionales de salud de la institución a las Guías de Práctica Clínica y Protocolos.
5. Impulsar los procesos de mejora de la calidad de la atención a partir del monitoreo y seguimiento a las recomendaciones de las auditorías realizadas.
6. Promover el cumplimiento de la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", con auditorías y capacitación al personal de salud en registro de la Historia Clínica y Consentimiento Informado.
7. Monitorear el cumplimiento del Plan de Auditoría de Calidad HHV - 2025.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

En los siguientes servicios de la institución se desarrollará el presente Plan anual de auditoría de la calidad HHV-2025:



DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

- Consulta externa
- Hospitalización
- Emergencia
- Centro de Rehabilitación Ñaña

V. BASE LEGAL:

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

- ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- ✓ Ley N° 27815, Ley de Código de Ética de la Función Pública
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1504, Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades.
- ✓ 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.
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 021-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema 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 Establecimiento de Salud y Servicio Médicos de Apoyo".
- ✓ 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° 214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"



VI. CONTENIDOS

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS)

- **Auditoria de la calidad de atención.** -Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- **Auditoria Concurrente.**-El médico auditor verifica de forma presencial la calidad y seguridad en la prestación de los servicios de salud, así como del registro de la historia clínica, en el servicio en el cual se encuentra el paciente hospitalizado, a fin de impulsar la mejora continua de la atención de salud.
- **Auditoria médica.** -Tipo de auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- **Auditoria en salud.** -Tipo de Auditoria 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 llevado a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoria de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- **Auditoria programada.** - Tipo de Auditoria 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.
- **Auditoria de caso.** - Tipo de Auditoria de la Calidad de 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 la parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
- **Auditoria de gestión clínica.** - Una modalidad de Auditoria 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



DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

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 auditoria de registros, auditoria de seguros, auditoria de procesos de gestión.

- **Evaluación de la calidad de los registros de atención.** - 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 herramienta para la Auditoria de Gestión Clínica.
- **Acto médico.** - Toda acción y disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- **Calidad de atención.** - Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de la calidad en sus tres dimensiones; técnica, humana y del entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
- **Conclusión.** - Juicio de carácter profesional, basada en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y 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 auditoria de caso.
- **Criterios.** - 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 auditoria sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los hallazgos en un auditoria de caso.
- **Hallazgos de auditoría.** - Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoria pueden indicar conformidad y no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
- **Informe final de auditoría.** - Es un documento que se emite al término de una auditoria describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
- **No conformidad.** - Incumplimiento de un criterio en auditoria.
- **Sumilla.** - Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la redacción de cada uno de los hallazgos en una auditoria.



6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO O ADMINISTRATIVO

6.2.1 Antecedentes

De acuerdo al artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del

Hospital "Hermilio Valdizán" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM, se señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario; teniendo asignadas entre sus funciones: "implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios" e "incorporar el enfoque de calidad en los planes estratégicos y operativos institucionales así como en la capacitación y gestión de los recursos humanos en salud" entre otros.

6.2.2 Problema

Dificultades encontradas durante la ejecución de las actividades del Eje de Auditoría:

Como expuesto en el apartado anterior, la OGC centraliza múltiples tareas y coordinaciones en temas sensibles – auditorías clínicas – donde se requiere que el profesional a cargo cuente con continuidad laboral en el puesto, mediante un contrato CAS que permita su posterior nombramiento. Actualmente se cuenta con un profesional altamente capacitado en la función, pero mediante un contrato de locación de servicios que no garantiza la continuidad requerida por la OGC.

Adicionalmente, hemos tenido problemas presupuestarios todo el 2024 para los pagos oportunos al profesional tercero lo cual afectó el cumplimiento de todos los objetivos previstos a inicios del 2024 por causas ajenas a la OGC y que deben atenderse desde el inicio del 2025 por las áreas administrativas correspondientes.



6.2.3 Causas del Problema

- Inexistencia de plaza CAS asignada a la OGC para medico auditor.
- Indebida asignación de presupuesto a la OGC de forma completa y oportuna para el pago de los honorarios profesionales del médico auditor contratado.

6.2.4 Población o Entidades Objetivo

- El medico contratado para auditoria en la OGC.

6.2.5 Alternativas de Solución

- Asignación de 01 plaza CAS para responsable de auditorías en la OGC.
- Asignación presupuestaria completa y oportuna a la OGC para el pago de los servicios médicos profesionales en el eje de auditoría.

6.3 ARTICULACIÓN OPERATIVA CON ACTIVIDADES POI

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Formato 1: MATRIZ DE ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO

Unidad Organica	Estructura programatica y operativa						
Marco Estratégico	Acción Estratégica	Actividad Operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
<p>Objetivo Estratégico Institucional del POI</p> <p>OEI 04: Fortalecer la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública</p>	<p>AEI 04.02 Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados</p>	<p>Acciones del sistema de gestión de la calidad</p>	<p>Acciones centrales</p>	<p>Sin producto</p>	<p>Gestión administrativa</p>	<p>Mantener niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud en el HHV</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar Auditorías de Calidad de Atención en el Hospital Hermilio Valdizán, impulsando la cultura de mejora continua en los profesionales de salud. 2. Planificar actividades para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2024 en el Hospital Hermilio Valdizán. 3. Fortalecer el funcionamiento y capacidad técnica de los Comités de Auditoría del HHV: Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud. 4. Promover la adherencia de los profesionales de salud de la institución a las Guías de Práctica Clínica y Protocolos. 5. Impulsar los procesos de mejora de la calidad de la atención a partir del monitoreo y seguimiento a las recomendaciones de las auditorías realizadas. 6. Promover el cumplimiento de la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", con auditorías y capacitación al personal de salud en registro de la Historia Clínica y Consentimiento Informado. 7. Monitorear el cumplimiento del Plan de Auditoría de Calidad HHV - 2025.



6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

A continuación, se presentan las actividades programadas articuladas a los objetivos específicos planteados:

6.4.1 Descripción Operativa

OBJETIVO ESPECÍFICO 1:

Implementar Auditorías de Calidad de Atención en el Hospital Hermilio Valdizán, impulsando la cultura de mejora continua en los profesionales de salud.

Actividades:

- Realizar Auditorías de Caso a solicitud de quien corresponda, a cargo de los Comités de Auditoría del HHV (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).
- Realizar las Auditorías Programadas a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad

Metas:

- Informe de Auditoría de Caso a solicitud de quien corresponda (a demanda).
- 12 Informes mensuales de Evaluación de las Auditorías Programadas realizadas.
- 04 reportes trimestrales de las auditorias concurrentes realizadas.



OE 1. Implementar Auditorías de Calidad de Atención en el Hospital Hermilio Valdizán, impulsando la cultura de mejora continua en los profesionales de salud.			
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	MET A	RESPONSABLE
a. Realizar Auditorías de Caso a solicitud de quien corresponda, a cargo de los Comités de Auditoría del HHV (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).	Informe a Demanda	0	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos > Comité de Auditoría Médica > Comité de Auditoría en Salud
b. Realizar las Auditorías Programadas a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad	Informe trimestral	12	>Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

c. Evaluación de las Auditorías Concurrentes realizadas, a cargo de la Unidad de Gestión de La Calidad.	Reporte trimestral	4	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos
---	--------------------	---	---

OBJETIVO ESPECÍFICO 2:

Planificar actividades para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2025 en el Hospital Hermilio Valdizán.

Actividades:

- Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad HHV-2025.
- Aprobación Directoral del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.
- Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025 a las respectivas jefaturas.

Metas:

- 01 Plan de Auditoría de la Calidad del HHV-2025. 01 resolución Directoral para la aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.
- 01 Memorándum Múltiple para la difusión del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.



OE 2. Planificar actividades para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2025 en el Hospital Hermilio Valdizán.			
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
a. Elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.	Plan	1	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos
b. Aprobación Directoral de Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.	RD	1	> Dirección General Dr. Victor Alcazar Mendoza
c. Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025 a las respectivas jefaturas.	Memorándum Múltiple	1	> Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad Ps. Hans Chavez Mallqui

OBJETIVO ESPECÍFICO 3:

Fortalecer el funcionamiento y capacidad técnica de los Comités de Auditoría del HHV:

Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Actividades:

- Comité de Auditoría Médica formalmente aprobado con Resolución Directoral, y operativo en sus actividades.
- Comité de Auditoría en Salud formalmente aprobado con Resolución Directoral, y operativo en sus actividades.
- Capacitación técnica a los Comités de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud del HHV.

Metas:

- 01 Comité de Auditoría Médica aprobado con Resolución Directoral.
- 01 Comité de Auditoría en Salud aprobado con Resolución Directoral.
- 01 Curso y/o Taller de capacitación realizado al Comité de Auditoría Médica y/o Comité de Auditoría en Salud



OE 3. Fortalecer el funcionamiento y capacidad técnica de los Comités de Auditoría del HHV: Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.

ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
a. Comité de Auditoría Médica formalmente aprobado con Resolución Directoral, y operativo en sus actividades.	RD	1	> Dirección General Dr. Víctor Alcazar Mendoza
b. Comité de Auditoría en Salud formalmente aprobado con Resolución Directoral, y operativo en sus actividades.	RD	1	> Dirección General Dr. Víctor Alcazar Mendoza
c. Capacitación técnica a los Comités de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud del HHV.	Cursos y/o Talleres	1	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos

OBJETIVO ESPECÍFICO 4:

Promover la adherencia de los profesionales de salud de la institución a las Guías de Práctica Clínica y Protocolos.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Actividades:

Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica en los diferentes departamentos y servicios a través de la revisión de historias clínicas seleccionadas al azar, realizado por la Oficina de Gestión de la Calidad.

Metas:

04 informes (trimestral) de Evaluación de adherencia a las Guías de Práctica Clínica.

OE 4. Promover la adherencia de los profesionales de salud de la institución a las Guías de Práctica Clínica y Protocolos			
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
a. Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica en las diferentes Departamentos y Servicios a través de la revisión de historias clínicas seleccionadas al azar, realizado por la Oficina de Gestión de la Calidad.	Informe Trimestral	4	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos



OBJETIVO ESPECÍFICO 5:

Impulsar los procesos de mejora de la calidad de la atención a partir del monitoreo y seguimiento a las recomendaciones de las auditorías realizadas.

Actividades:

- Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes de las Auditorías Programadas y Auditorías de Caso realizadas.
- Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes trimestrales de la Evaluación de Calidad de registro realizadas.
- Reuniones de cierre compartiendo los resultados encontrados en Auditorías de Calidad de Atención realizadas con los servicios involucrados.

Metas

- Reportes del cumplimiento periódico de las recomendaciones descritas en los informes de Auditoría Programadas (Auditoría Médica o Auditoría en Salud) y Auditoría de Caso realizadas.
- Reportes del cumplimiento periódico de las recomendaciones descritas en los informes de Evaluación de Calidad de Registro.
- 01 Acta de reunión de cierre compartiendo resultados de Auditorías de Calidad de

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Atención por cada departamento o servicio involucrado.

OE 5. Impulsar los procesos de mejora de la calidad de la atención a partir del monitoreo y seguimiento a las recomendaciones de las auditorías realizadas.			
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
a. Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes de las Auditorías Programadas y Auditorías de Caso realizadas.	Reporte	3	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos
b. Monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes trimestrales de la Evaluación de Calidad de registro realizadas.	Reporte	2	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos
c. Reuniones de cierre compartiendo los resultados encontrados en Auditorías de Calidad de Atención realizadas por cada servicio involucrado.	Acta	1	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos

OBJETIVO ESPECÍFICO 6:

Promover el cumplimiento de la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", con auditorías y capacitación al personal de salud en registro de la Historia Clínica y Consentimiento Informado.



Actividades:

- Evaluación de Calidad de Registro de Historias Clínicas de los diferentes departamentos y servicios del HHV.
- Capacitación a los profesionales de la salud del HHV sobre la Norma Técnica N°139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y otros relacionados con la adecuada gestión de la Historia Clínica y Consentimiento Informado.

Metas:

- 12 Informes (Mensual) de Evaluación de Calidad de Registro de Historia Clínica.
- 12 Eventos de Capacitación realizados.

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

OE 6. Promover el cumplimiento de la “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, con auditorías y capacitación al personal de salud en registro de la Historia Clínica y Consentimiento Informado.			
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
a. Informes de los resultados de calidad de Registro de Historias Clínicas de los diferentes departamentos y servicios del HHV.	Informe Mensual	12	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos
b. Capacitación a los profesionales de la salud del HHV sobre la Norma Técnica N°139 “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” y otros relacionados con la adecuada gestión de la Historia Clínica y Consentimiento Informado.	Capacitación	12	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos

OBJETIVO ESPECÍFICO 7:

Monitorear el cumplimiento del Plan de Auditoría de Calidad HHV -2025.

Actividades:

Informar el status de cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.

Metas:

04 Informes (Trimestral) del status de cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.



OE 7. Monitorear el cumplimiento del Plan de Auditoría de Calidad HHV - 2025.			
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE
a. Informar el status de cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.	Informe Trimestral	4	> Médico Auditor de la OGC MC. Claudia Delucchi Lagos

6.4.2 Costeo de las Actividades por Tarea

Se encuentra dentro del presupuesto de la OGC.

6.4.3 Cronograma de Actividades

El cronograma de las actividades planificadas mensualmente se detalla en el Anexo N°01.

6.4.4 Responsables para el Desarrollo de cada actividad

Está detallado en las actividades por objetivo.

6.5 PRESUPUESTO

Recursos materiales y/o insumos.

Recursos ordinarios.

Requerimiento de bienes y servicios

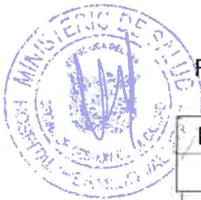
Recursos Humanos:

Se requiere de un Médico Auditor CAS para realizar la evaluación de la calidad de los registros de atención. Las auditorías programadas, auditorías de caso y la adherencia a las guías de práctica clínica

PROFESIONAL	NOMBRADO	CAS	TERCERO	TOTAL
MÉDICO AUDITOR	00	01	00	01

Recursos Informáticos y Equipo Mobiliario (con el que se cuenta):

ITEM	CODIGO PATRIMONIAL	DESCRIPCION				
		DENOMINACIÓN	MARCA	MODELO	ESTADO	OBSERVACIONES
Se cuenta con recurso informático obsoleto para Médico Auditor y debe modernizarse						



Recursos humanos por contratar

N°	Bienes/Servicios	Cantidad	Precio Total
1	Médico auditor	1	7,000.00
2	Personal profesional para realizar la Capacitación en Auditoría de la Calidad en Atención en Salud	1	3,500.00

6.6 FINANCIAMIENTO

Incluido en el presupuesto de la OGC

6.7 ACCIONES DE MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN

CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MUESTRAS

La evaluación de calidad de registro se realiza tomando una muestra representativa de las historias clínicas de los pacientes atendidos en un determinado periodo

Seguimiento y Monitoreo

El seguimiento, monitoreo y evaluación del Plan de Auditoría de Calidad HHV-2025 se realiza basado en los objetivos específicos del mismo plan y las actividades establecidas en la Norma Técnica de Salud N° 029. Vol. 02. "Norma Técnica de Salud de Auditoría de Calidad de Atención", las cuales se detallan:

- Aprobación y difusión del presente Plan de Auditoría de Calidad HHV-2025.
- Aprobación de los Comités de Auditoría Médica y Auditoría en Salud
- Informes Trimestrales de Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica.
- Informes de las Auditorías Programadas durante el 2025.
- Informes de las Auditorías de Caso realizadas a demanda.
- Reportes mensuales para la Evaluación de Calidad de Registro de Historia Clínica y Consentimiento Informado, y el monitoreo respectivo de su cumplimiento.
- Reportes de capacitación realizados.
- Reportes de monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones de los informes de Auditoría Programada y Auditoría de Caso realizadas.
- Reportes de monitoreo periódico del cumplimiento de las recomendaciones de los Informes de Evaluación de Calidad de Registro realizadas.
- Actas de reuniones compartiendo los resultados de las Auditorías de Calidad de Atención en salud realizadas, con los servicios involucrados.
- Informe Trimestral del Avance del Plan de Auditoría de la Calidad HHV-2025.



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

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

Acciones de Supervisión, Monitoreo y Evaluación del Plan:

- El monitoreo del presente plan estará a cargo de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- El Médico Auditor emitirá informes de la evaluación de la calidad de los registros de atención, de las Auditorías Programadas, de las Auditorías de caso., de la evaluación

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

de la adherencia Guías de la Práctica Clínica a la OGC y a las Unidades Orgánicas correspondientes. Además, emitirá un informe trimestral sobre los avances del eje de Auditoría.

VII. RESPONSABILIDADES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Dirección General	Aprobar el Plan de Auditoría 2025 Aprobar el Comité de Auditoría Médica Aprobar el Comité de Auditoría en Salud
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Ajuste presupuestal para la ejecución del Plan Poner a disposición los recursos humanos y financieros
Oficina Ejecutiva de Administración	Canalizar la ejecución de los requerimientos para la implementación del Plan de Auditoría 2025 Contratación de personal
Oficina de Logística	Cumplir en los tiempos establecidos la adquisición de equipos para la ejecución del Plan de Auditoría 2025
Oficina de Gestión de la Calidad y el Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud	Ejecutarán el Plan de Auditoría 2025

7.1 COMITÉS DE AUDITORIA

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA y DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD

Ambos comités son aprobados por la Dirección General en apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien a su vez brinda soporte en la coordinación de sus actividades. Los comités de Auditoría Médica y Auditoría en Salud están integrados por un mínimo de tres miembros: un presidente, un secretario de actas y uno (o más) vocales, los cuales deben cumplir con el perfil de auditor de la calidad de la atención en salud. Ambos comités deben ser oficializados con resolución directoral.

En cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud N° 029 – MINSA /DIGEPRES-V.02., el Hospital Hermilio Valdizán cuenta con los siguientes

Comités de Auditoría:

DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Comité de Auditoría Médica (CAM). Conformado por los siguientes profesionales médicos:

Nombres y Apellidos	Profesión	Departamento/Servicio	Responsabilidad
Dra. Jaclyn Fernandez Medeiros	Médico	<i>Departamento de Salud Mental en Familia</i>	Presidenta
Dr. John Loli Depaz	Médico	<i>Consulta Externa</i>	Secretario de Actas
Dr. Edwin Apaza Aceituno	Médico	<i>Hospitalización</i>	Vocal

Comité de Auditoría en Salud (CAS). Conformado por los siguientes profesionales de salud:

Nombres y Apellidos	Profesión	Departamento/Servicio	Responsabilidad
Dra. Jaclyn Fernandez Medeiros	Médico	Departamento de Salud Mental en Familia	Presidenta
Dr. John Loli Depaz	Médico	<i>Consulta Externa</i>	Secretario de acta
Ps. Hans Chavez Mallqui	Psicólogo	<i>Oficina de Gestión de La Calidad</i>	Vocal

Dichos comités sesionaran en reuniones ordinarias 1 vez trimestral con cada Auditoría Programada, y reuniones extraordinarias cada vez que se presente una Auditoría de Caso.

VIII. ANEXOS:

Anexo N° 01: Cronograma de Actividades del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención HHV- 2025.

Anexo N° 02: Formatos de Auditoría:

- 2.1 Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Consulta Externa.
- 2.2 Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Hospitalización.
- 2.3 Formato de Evaluación de la Calidad de Registro en Emergencia.

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Anexo N° 01: Cronograma de Actividades del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención HHV- 2025

CAT. PRES	PRODUCTO	OBJETIVO GENERAL: mantener niveles óptimos de calidad en la prestación de servicios de salud del HHV				METAS PROGRAMADAS AL IV TRIMESTRE 2025												RESPONSABLES		
		ACTIVIDAD	TAREA	UJM	META ANUAL 2025	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
ACCIONES CENTRALES	Sin producto	AUDITORIA DE CALIDAD EN SALUD	CONFORMACIÓN DEL COMITE DE AUDITORIA MEDICA	CAM APROBADO CDN RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	COMITÉ AUDITORIA MEDICA COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD DE LA CALIDAD Y OFICINA DE SALUD DE LA CALIDAD		
			CONFORMACIÓN DEL COMITE DE AUDITORIA EN SALUD	CAS APROBADO CON RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
			ELABORAR PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD	PLAN APROBADO CDN RD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	
			EJECUTAR AUDITORIAS DE CALIDAD EN SALUD (PROGRAMADAS)	HC AUDITADA	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
			EJECUTAR AUDITORIAS DE CASO	HC AUDITADA																
			EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS REGISTROS DE ATENCIÓN	HC EVALUADA	240	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20		20	20
			EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA	INFORME	9	1	0	1	1	2	1	1	1	2	0	0	0		0	0



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

ANEXO N°2.1					
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25				
Nombres y apellidos del paciente	0.25				
Tipo y número de Seguro	0.25				
Lugar y fecha de nacimiento	0.25				
Edad	0.25				
Sexo	0.25				
Domicilio actual	0.25				
Lugar de Procedencia	0.25				
Documento de identificación	0.25				
Estado Civil	0.25				
Grado de Instrucción	0.25				
Ocupación	0.25				
Religión	0.25				
Teléfono	0.25				
Acompañante	0.25				
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1				
Motivo de la consulta	1				
Tiempo de enfermedad	1				
Relato cronológico	3				
Funciones Biológicas	1				
Antecedentes	2				
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2				
Peso, Talla	1				
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2				
Examen Clínico Regional	4				
SUBTOTAL	9				



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8				
b) Definitivo coherente	8				
c) Uso del CIE 10	4				
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5				
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5				
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4				
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4				
Fecha de próxima cita.	2				
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4				
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4				
Consigna presentación	2				
Dosis del medicamento	2				
Vía de administración	2				
Frecuencia del medicamento	2				
Duración del tratamiento	1				
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2				
Pulcritud	1				
Letra legible	1				
No uso de abreviaturas	1				
Sello y firma del médico tratante	2				
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10				
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

ANEXO N°2.2					
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA		NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA		SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO		FECHA DE HOSPITALIZACIÓN			
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA		COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA		CIE 10			
II) OBSERVACIONES					
ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25				
Nombres y apellidos del paciente	0.25				
Tipo y N° Seguro	0.25				
Lugar y fecha de nacimiento	0.25				
Edad	0.25				
Sexo	0.25				
Domicilio actual	0.25				
Lugar de Procedencia	0.25				
Documento de identificación	0.25				
Estado Civil	0.25				
Grado de instrucción	0.25				
Ocupación	0.25				
Religión	0.25				
Teléfono	0.25				
acompañante	0.25				
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES					
	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1				
Tiempo de enfermedad	1				
Forma de inicio	1				
Curso de la enfermedad	1				
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1			
Funciones Biológicas	1	1			
Antecedentes	2	1			
SUBTOTAL	10				
EXAMEN CLÍNICO					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (Tº), Frecuencia respi- ratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA).	1				
Peso ,Talla , IMC	1				
Estado general, estado de hidratación, estado de nutri- ción, estado de conciencia, piel y anexos.	1				
Examen Clínico Regional	4	2			
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	8	4			
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4			
c) Uso del CIE 10	4	2			
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO					
	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					



DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordes y coherentes.	4	2			
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2			
Consigna presentación	1				
Dosis del medicamento	1				
Frecuencia del medicamento	1				
Vía de administración	1				
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2				
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5				
Apreciación subjetiva	0.5				
Apreciación objetiva	0.5				
Verificación del tratamiento y dieta	0.5				
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5				
Plan diagnóstico	0.5				
Plan terapéutico	0.5				
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5				
SUBTOTAL	4				
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1				
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1				
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1				
Hoja de balance hídrico	1				
Kardex	1				
Firma y sello del Profesional	1				
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1				
Medicamentos prescritos	1				
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1				
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1				
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1				
Pulcritud	1				
Legibilidad	1				
No uso de abreviaturas	1				
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5				
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5				
Reporte operatorio	0.5				
Hoja de evolución pre anestésica	0.5				
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1				
Hoja de anestesia	0.5				
Hoja post anestésica	0.5				
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5				
Formato de anatomía patológica	0.5				
Formato de consentimiento informado	1				
Formato de retiro voluntario	0.5				
Epicrisis	1				
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN					



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
III.- NO CONFORMIDAD	
IV.- CONCLUSION	
V.- RECOMENDACIONES	



DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

ANEXO N°2.3			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA		NÚMERO DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO		FECHA DE AUDITORÍA	
ASUNTO		FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA		CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA		CIE 10	
II) OBSERVACIONES			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5		
Nombres y apellidos del paciente	0.5		
Tipo y Nº Seguro	0.5		
Lugar y fecha de nacimiento	0.5		
Edad	0.5		
Sexo	0.5		
Domicilio actual	0.5		
Lugar de Procedencia	0.5		
Documento de identificación	0.5		
Estado Civil	0.5		
Grado de instrucción	0.5		
Ocupación	0.5		
Religión	0.5		
Teléfono	0.5		
Acompañante	0.5		
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5		
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLI
Fecha y hora de atención	2		
Tiempo de enfermedad	1		
Signos y síntomas principales	2		
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5		
Antecedentes	3		
SUBTOTAL	13		
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLI
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2		
Puntaje de Escala de Glasgow	1		
Peso	1		
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2		
Examen clínico regional	4		
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLI
a) Presuntivo coherente	8		
b) Definitivo coherente	8		
c) Uso del CIE 10	4		
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLI
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4		
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4		
Interconsultas pertinentes	3		
Referencia oportuna	3		
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3		



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD 2025

Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5		
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5		
Procedimientos en Historia Clínica	0.5		
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORM	NO APLI
Condición de egreso del paciente	1		
Medicamentos prescritos	1		
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1		
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORM	NO APLICA
Medidas Generales	2		
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2		
Consigna presentación	1		
Dosis del medicamento	1		
Frecuencia del medicamento	1		
Vía de administración	1		
SUBTOTAL	8		
NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORM	NO APLIA
Fecha y hora de evolución	1		
Nota de Ingreso	1		
Apreciación subjetiva	1		
Apreciación objetiva	1		
Verificación del tratamiento y dieta	1		
Interpretación de exámenes y comentario	2		
Plan de trabajo	2		
Consigna funciones vitales	1		
Procedimientos realizados	1		
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORM	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5		
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5		
Hoja de funciones vitales	0.5		
Hoja de balance hídrico	0.5		
Kardex	0.5		
Firma y sello del Profesional	0.5		
SUBTOTAL	3		
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORM	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1		
Prioridad de atención	1		
Pulcritud	1		
Legibilidad	1		
No uso de abreviaturas	1		
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			

