



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

MINISTERIO DE SALUD

HOSPITAL "JOSÉ AGURTO TELLO"

DE CHOSICA



HOSPITAL CHOSICA

PLAN ANUAL DE TRABAJO DE AUDITORÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2025 -UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lima -Perú

2025



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

DIRECTORIO

Dr. YOFRE WILLIAMS SOTOMAYOR AGÜERO

DIRECTOR EJECUTIVO

LIC. LIZBETH LUJAN MEDINA

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Dra. TREISSY STHEFANNY ALMERCOSIMON

RESPONSABLE DEL EQUIPO DE AUDITORIA





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital José Agurto Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	3
II.	FINALIDAD.....	3
III.	OBJETIVOS:	4
	3.1. OBJETIVO GENERAL:.....	4
	3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
V.	BASE LEGAL	4
VI.	CONTENIDO	5
	6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES	5
	6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	9
	6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del PEI, Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI.	13
	6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS: Las actividades operativas (Anexo Matriz III).....	15
	6.4.2. Costeo De Actividades Por Tarea.....	19
	6.4.3. Cronograma De Actividades.....	20
	6.4.4. Responsables Para El Desarrollo De Cada Actividad	21
	6.5. PRESUPUESTO	22
VII.	RESPONSABILIDADES:	23
VIII.	ANEXOS.....	23
	ANEXO 1.....	15
	FORMATO 1: ANEXO 1: MATRIZ DE ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO DONDE ESTA INCLUIDO EL PLAN DE AUDITORIA	1524
	ANEXO 2: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO REFERENTES AL PLAN DE AUDITORIA.....	16
	ANEXO 3.....	17
	FORMATO 3: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES DEL PLAN ESPECIFICO PARA AUDITORIA	26
	ANEXO4: MATRIZ DE FORMULACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PLAN ESPECIFICO DONDE ESTA INCLUIDO EL PLAN DE AUDITORIA.....	27
	ANEXO5: MATRIZ DE ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL PLAN DE AUDITORA - 2025	28
IX	BIBLIOGRAFÍA:	20





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

DOCUMENTO TECNICO: PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO" DE CHOSICA 2025

I. INTRODUCCION

La calidad de los servicios públicos depende de la capacidad del Estado para satisfacer las necesidades y expectativas de la población. En este sentido, se ha establecido un modelo de Gestión de la Calidad de Servicios que permite a las entidades públicas implementar acciones de mejora mediante políticas, normas y estándares de calidad reconocidos internacionalmente. Este enfoque tiene como resultado no solo la mejora en la calidad de atención brindada, sino también un impacto positivo en la calidad de vida de la población.

En el ámbito de la atención en salud, la Auditoría de la Calidad es un proceso sistemático y continuo que evalúa el cumplimiento de estándares y requisitos establecidos en los procesos de atención sanitaria. Este procedimiento busca identificar oportunidades de mejora, comparar la calidad observada con la calidad esperada y facilitar la implementación de buenas prácticas. Lo anterior se realiza de acuerdo con la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" (NTS N°029-MINSA/DIGIPRES-V.02), aprobada mediante R.M. N°502-2016/MINSA del 15 de julio de 2016. Este marco normativo orienta a los responsables del sistema de salud hacia una gestión más eficiente, utilizando guías y normativas técnicas, científicas y administrativas que permitan alcanzar los estándares nacionales de atención y satisfacción de los usuarios. Complementariamente, estas disposiciones incluyen la "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" (NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, aprobada mediante R.M. N°2014-2018/MINSA) y la "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica" (NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01).

En este contexto, el Hospital José Agurto Tello de Chosica, a través de su Unidad de Calidad de la Atención, ha desarrollado el Plan de Auditoría de la Calidad 2025, con el objetivo de fortalecer la calidad de los servicios de salud ofrecidos. Este plan contempla la conformación de una estructura funcional alineada con la normativa vigente, integrada por personal capacitado en auditoría en salud. Dicho personal utilizará herramientas especializadas de auditoría para identificar oportunidades de mejora en los diferentes departamentos y servicios del hospital, evaluar la calidad de la atención brindada y monitorear la implementación de las recomendaciones derivadas de auditorías previas.

Este enfoque busca no solo alcanzar los objetivos propuestos, sino también mejorar de manera significativa la atención a los pacientes, estableciendo la auditoría de calidad como una herramienta estratégica y fundamental. Además, se trata de un proceso dinámico, diseñado para ser continuamente retroalimentado, promoviendo una cultura de mejora constante y garantizando la excelencia en la atención sanitaria.

II. FINALIDAD

Contribuir al fortalecimiento y evaluación de la gestión en los servicios asistenciales, promoviendo la mejora continua de la calidad de la atención en salud ofrecida por los departamentos y servicios del Hospital José Agurto Tello de Chosica, con el propósito de alcanzar altos estándares de excelencia durante el año 2025



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Dar cumplimiento a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud basada en las diferentes necesidades de mejora de los Departamentos y Servicios asistenciales del Hospital. Complementando con la Norma Técnica de Gestión de Historia clínica y la Norma Técnica de las Guías de Práctica Clínica.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1. **Objetivo específico 1:** Establecer una estructura organizativa conforme a la normativa vigente para llevar a cabo auditorías de la calidad de atención en salud de manera eficiente y efectiva.
- 3.2.2. **Objetivo específico 2:** Contar con personal capacitado en auditoría en salud en el HJATCH, como es mencionado en la norma vigente.
- 3.2.3. **Objetivo específico 3:** Identificar las oportunidades de mejora de los Departamentos/ Servicios principales de las auditorías realizadas.
- 3.2.4. **Objetivo específico 4:** Hacer seguimiento los avances de las recomendaciones emitidas en las auditorías realizadas.
- 3.2.5. **Objetivo específico 5:** Identificar y evaluar la Calidad de la atención en los diferentes departamentos y servicios del hospital José Agurto Tello de Chosica.
- 3.2.6. **Objetivo específico 6:** Fortalecer el manejo de Historia Clínica en el correcto llenado de cada formato.
- 3.2.7. **Objetivo específico 7:** Evaluar el manejo diagnóstico de las atenciones prestadas para los usuarios mediante un buen manejo y medición de las Guías Prácticas Clínicas.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención del año 2025 en Salud del "Hospital José Agurto Tello" de Chosica es de aplicación obligatoria en todos los departamentos y servicios asistenciales de la institución.

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Legislativo N° 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- Decreto Legislativo N°1161, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- Decreto Legislativo N° 1306 que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
- Resolución Ministerial N° 519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Decreto Supremo N° 008-2010, que aprueba el "Texto único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley del Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 889-2007: Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso".
- 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, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA que aprueba la NT N° 117-MINSA/DGSP-V0.1 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención de la Calidad en Salud "NT N° 029 – MINSA /DGSP –V.02
- 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 el documento denominado: "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N°095-2025-DE/HJATCH, que aprueba el "Plan de Gestión de la Calidad del Hospital José Agurto Tello de Chosica año 2025".
- R. D. N° 019-2025- DE / HJATCH. "Conformación del Comité De Auditoría Médica (CAM)" del Hospital José Agurto Tello de Chosica.
- R.D. N° 018-2025-DE / HJATCH, "Conformación del Comité De Auditoría De Salud (CAS)" del Hospital José Agurto Tello de Chosica



VI. CONTENIDO

6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

6.1.1. AUDITORIA DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Es un procedimiento sistemático, continuo y organizado que evalúa el grado de cumplimiento de los estándares y requisitos de calidad en los procesos de atención en salud, realizados por los profesionales del sector. Este proceso abarca tanto la atención individualizada a los usuarios como la prestación de servicios médicos de apoyo, con el propósito fundamental de fomentar la mejora continua en la calidad de las atenciones brindadas en los establecimientos de salud.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Esto comprende:

- a. Realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios
- b. Comparación entre calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- c. Propuesta e implementación de recomendaciones pendientes a corregir de acuerdo a los resultados detectados y el seguimiento de los mismos.
- d. Auditoría de la calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo tiene motivaciones o fines punitivos.

6.1.1.1. AUDITORIA INTERNA: Tipo de auditoría realizada por el Comité de Auditoría del Establecimiento en salud para una atención que se realizó ahí mismo. Esta auditoría se lleva a cabo con el fin de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad, normativas vigentes y protocolos establecidos, identificando oportunidades de mejora en los procesos

6.1.1.2. AUDITORIA EXTERNA: Tipo de auditoría realizada por el Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.

6.1.1.3. 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 meticulosa de registro y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Esta auditoría abarca aspectos clave como la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como el diagnóstico, tratamiento, evolución del paciente y el uso eficiente de los recursos disponibles, garantizando que cumplan con los estándares establecidos y normativas vigentes.

6.1.1.4. AUDITORIA 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 la salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

6.1.1.5. AUDITORIA 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. Requiere la participación de diversas especialidades médicas y puede abarcar aspectos administrativos directamente relacionados con la atención brindada. Su metodología recomendada es el análisis de causa raíz, con el objetivo de identificar factores contribuyentes y establecer medidas correctivas y preventivas.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

6.1.1.6. AUDITORIA REGULAR / ORDINARIA: Tipo de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoria médica o auditoria en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.

6.1.1.7. AUDITORIA DIRIMENTE: Tipo de Auditoria de la Calidad de 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 Auditoria de la calidad previa sobre mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como auditoria de caso o es externa.

6.1.2. AUDITORIA DE GESTION CLINICA

Es una modalidad de auditoría aplicada a los establecimientos y servicios de salud, cuyo objetivo es identificar oportunidades para mejorar en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos y calidad de la atención brindada. Su enfoque se basa en evaluar el conjunto de atenciones ofrecidas, en lugar de centrarse en casos individuales. Esta auditoría permite analizar los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, y verificar la correcta aplicación de normas y protocolos en la atención médica. Además, abarca la evaluación de los procesos administrativos del establecimiento o servicio médico de apoyo, e incluye auditorías específicas como la de registros, seguros y procesos de gestión, buscando optimizar los recursos y mejorar la calidad general de la atención.

6.1.3. ACTO MEDICO

Acción o disposición que, realiza el medico en el ejercicio de la profesión médica. Comprendiendo los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza en la atención integral del paciente o sus derivados del mismo.

6.1.4. CALIDAD DE LA ATENCION

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

6.1.5. EVALUACION DE CALIDAD DEL REGISTRO

Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de las Historias Clínicas; incluyen los registros médicos, de enfermería, obstetricia, odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda.

6.1.6. EVENTO ADVERSO

Lesión o resultado indeseado, no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o imprevisible reacción del organismo del paciente.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



*"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

6.1.7. EVENTO CENTINELA

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 ser interpretada como señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de hay fallas en el proceso de atención.

6.1.8. GUIAS DE PRACTICA CLINICA

Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

6.1.9. HISTORIA CLINICA

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 medico 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 de paciente.

6.1.10. 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. Cuando causa daño ya es un evento adverso.

6.1.11. INFORME FINAL DE AUDITORIA

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

6.1.12. MEDICO TRATANTE

Es el profesional encargado de manejar el problema de salud del paciente, liderando su diagnóstico y tratamiento. En un establecimiento con un equipo médico a cargo de la atención durante el internamiento, el médico tratante es quien atiende y/o diagnostica al paciente por primera vez al ingresar al servicio de hospitalización, y se mantiene responsable de su atención durante su estancia en dicho servicio. Si el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es el que decide o asume el tratamiento médico o quirúrgico correspondiente. En caso de ausencia del médico tratante, la responsabilidad recae en el médico jefe del servicio o quien lo sustituya.

6.1.13. NO CONFORMIDAD

El incumplimiento de un criterio en auditoria.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.1.14. PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD

Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la calidad del Establecimiento o su Equivalente.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El equipo de trabajo de Auditoria en el año 2024, trabajo de manera paralela durante el año, evidenciándose en lo siguiente:

6.2.1. ANTECEDENTES:

Desde el inicio de 2024, se incorporó un médico auditor en la Unidad de Gestión de la Calidad. Entre febrero y junio de 2024, se sumó otro médico auditor con el objetivo de avanzar en el desarrollo de las guías de práctica clínica y las guías de procedimientos asistenciales. Además, se encargó de ejecutar otras funciones asignadas por la Dirección Adjunta. Sin embargo, quedaron pendientes las guías correspondientes a los departamentos de Cirugía y Ginecología.

A mediados de junio de 2024, se solicitó la incorporación de un nuevo médico auditor para apoyar en el cumplimiento de las metas establecidas para la auditoría, las cuales fueron definidas por DIRIS L.E. para ese año. En 2024, se implementó un cambio en la metodología en comparación con años anteriores, lo que resultó en un incremento de funciones y metas solicitadas. Además, se incluyó la implementación y seguimiento de recomendaciones semestrales indicadas por la jefatura, las cuales estaban relacionadas con auditorías de caso, calidad, registro, adherencia y las observaciones sobre el correcto registro de la historia clínica. También se participó en actividades como la respuesta a documentos de SUSALUD, las rondas de seguridad y la colaboración en el protocolo de Londres, entre otras. El año finalizó con un único médico auditor, quien asumió todas las funciones anteriormente mencionadas.

- **En Auditoria de la Calidad de Atención en salud:**

En la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, se logró el 100% de las auditorías programadas, con un total de 12 realizadas. En cuanto a la auditoría de casos, se superó la meta al ejecutar 4 auditorías en lugar de las 2 previstas anualmente. Respecto a la auditoría de registros, se auditaron 473 historias clínicas, alcanzando el 79% de la meta debido a un error informático que ocasionó la pérdida de información registrada. Se elaboraron 4 informes trimestrales, cumpliendo al 100% con la evaluación de registros de médicos, enfermeras y obstetras en los servicios de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos. Asimismo, se realizó el seguimiento de recomendaciones de 3 auditorías de caso, 9 auditorías de calidad, 3 auditorías de registro y 1 de adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC), generando 2 informes de seguimiento con una implementación del 100%. Finalmente, se efectuaron 2 informes de evaluación de adherencia a las GPC vigentes, cumpliendo en su totalidad con esta actividad.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

TABLA N°1 AUDITORIAS DE REGISTRO DE MÉDICOS HJATCH 2024

SERVICIO	Hospitalización	Emergencia	Consultorios Externos	Promedio	Calificación
Gineco Obstetricia	81.29	77.65	80.12	79.68	Por Mejorar
Pediatría	88.39	76.64	73.63	79.55	Por Mejorar
Traumatología	65.15	59.97	46.71	57.27	Deficiente
Medicina	82.65	82.12	86.23	83.66	Por Mejorar
Cirugía	74.23	63.72	68.93	68.96	Deficiente

TABLA N°2 AUDITORIAS DE REGISTRO DE ENFERMERÍA HJATCH 2024

SERVICIOS	RESULTADO (%)	CALIFICACIÓN
Cirugía	85.99	Por Mejorar
Pediatría	81.93	Por Mejorar
Medicina	88.48	Por Mejorar
Traumatología	74.74	Por Mejorar
Ginecología	76.60	Por Mejorar

TABLA N°3 AUDITORIAS DE REGISTRO DE OBSTETRICIA HJATCH 2024

SERVICIOS	RESULTADO (%)	CALIFICACIÓN
Centro Obstétrico	98.10	Satisfactorio
Hospitalización Obstetricia	91.92	Satisfactorio





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Para este presente año 2025 la Unidad de Gestión de la Calidad contara con dos médicos Auditores, con un Comité de Auditoría Médica (CAM) y Comité de Auditoría en Salud (CAS). Para poder seguir trabajando coordinar el cumplimiento de las actividades programadas en el presente plan, esperando poder continuar mejorando los resultados durante este año.

6.2.2. Problema (magnitud y caracterización):

A pesar de haber alcanzado el 100% de ejecución en las auditorías programadas, el incremento significativo en la cantidad de auditorías y la reducción del personal auditor han generado dificultades en la gestión eficiente de las actividades de auditoría en salud.

6.2.2.1. Reducción del número de médicos auditores y sobrecarga de trabajo

En el año 2024, se contaba con dos médicos auditores para la gestión de las auditorías; sin embargo, en 2025 solo se dispone de un médico auditor, lo que ha incrementado considerablemente la carga de trabajo.

6.2.2.2. Incremento en la cantidad de auditorías y exigencias normativas

El número de auditorías de registro superó las 1,100 al inicio del año y se redujo progresivamente a 600 al final del año. Asimismo, las auditorías de calidad de atención pasaron de realizarse una vez por trimestre a tres por trimestre, alcanzando un total de 12 en el año (incremento de más del 50%). Además, se solicitó la actualización de guías de práctica clínica y la elaboración de más de 1,200 guías de procedimientos asistenciales.

6.2.2.3. Falta de recursos humanos dedicados exclusivamente a auditoría

El médico auditor es independiente del personal que participa en los diferentes Comités de Auditoría. Sin embargo, los miembros de estos comités tienen responsabilidades asistenciales adicionales, lo que limita su disponibilidad para colaborar activamente en las auditorías y en la implementación de mejoras.

6.2.2.4. Dificultad en la implementación de acciones correctivas

Las jefaturas de los diferentes servicios enfrentan dificultades para implementar oportunamente las acciones correctivas derivadas de las auditorías, debido a la sobrecarga de tareas y a la falta de recursos humanos dedicados a este seguimiento.

6.2.2.5. Demandas adicionales de informes y actividades complementarias

Además de las auditorías, el médico auditor debe elaborar informes de seguimiento semestrales, evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica, participar en rondas de seguridad, gestionar acreditaciones, atender casos con SUSALUD o Contraloría, entre otras tareas.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.2.3. Causa del Problema:

La complejidad y el volumen de actividades relacionadas con la auditoría de calidad en salud requieren una atención detallada y un seguimiento constante, lo que se ha vuelto difícil de gestionar con un solo médico auditor. Durante el desarrollo de los lineamientos del Plan de Auditoría 2024, la Dirección de Gestión de Calidad de DIRIS-LE incrementó significativamente el número de auditorías, lo que ha generado una mayor carga de trabajo. El número de auditorías de registro superó las 1,100 al inicio del año, reduciéndose a 800 a mediados de año y a 600 al finalizar. Por otro lado, las auditorías de calidad de atención, que anteriormente se realizaban una vez por trimestre, aumentaron a tres por trimestre, alcanzando un total de 12 anuales, lo que representa un incremento superior al 50% en comparación con el 2023.

Además, el MINSA solicitó la actualización de las guías de práctica clínica, y la Unidad de Seguros requirió la elaboración de más de 1,200 guías de procedimientos asistenciales, lo que ha demandado un esfuerzo significativo en términos de tiempo y coordinación con las jefaturas de los distintos departamentos. Estas guías aún se encuentran en proceso de elaboración y verificación conforme a la normativa vigente.

A esto se suma que la jefatura de la Unidad de Calidad solicitó la elaboración de dos cortes semestrales sobre el informe de seguimiento de recomendaciones y dos informes de adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC), lo que incrementó aún más la carga laboral. Adicionalmente, el médico auditor debe atender diversas funciones complementarias, como la participación en rondas de seguridad, la gestión de acreditaciones, la atención de casos con SUSALUD y Contraloría, entre otras tareas designadas por la jefatura.

La reducción del número de médicos auditores de dos a uno ha generado una sobrecarga laboral considerable, ya que el único auditor disponible debe supervisar auditorías de casos, registros médicos y adherencia a guías de práctica clínica, además de implementar y dar seguimiento a las recomendaciones. Por otro lado, los miembros de los Comités de Auditoría, quienes podrían colaborar en estas actividades, tienen responsabilidades asistenciales adicionales que limitan su disponibilidad para participar activamente en las auditorías y en la implementación de mejoras. Como consecuencia, las jefaturas de los distintos servicios enfrentan dificultades para ejecutar de manera oportuna las acciones correctivas derivadas de las auditorías, afectando la mejora continua de la calidad de la atención.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
José Agurto Tello
de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.2.4. Población o entidades objetivos.

Las actividades de Auditoría de Calidad de Atención en Salud están orientadas a implementar acciones y mejoras basadas en los resultados obtenidos de las auditorías de registro, auditoría de casos, calidad de la atención, adherencia a las guías de práctica clínica (GPC) y el seguimiento de las recomendaciones derivadas de cada una de estas actividades. Estos resultados se comunican a la Dirección Ejecutiva, así como a todos los órganos asistenciales y administrativos, con el fin de asegurar la implementación efectiva de la mejora continua en la calidad de atención en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

6.2.5. Alternativas de Solución

- Conformar un equipo de Auditoría para el manejo de las actividades asignadas
- Capacitar al personal asignado para integrar los comités en la elaboración de auditorías
- Asesorar al personal de Salud para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica y las Guías de Procedimientos Asistenciales.
- Monitorizar y hacer seguimiento de las acciones de mejora solicitadas en las recomendaciones de las auditorías.
- Incorporación de un segundo médico auditor

6.3. Articulación Estratégica con los Objetivos y Acciones del PEI, Articulación Operativa con las Actividades Operativas del POI.

El plan de Auditoría se encuentra dentro del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y a su vez se formula en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud y los principios de solidaridad, universalidad, calidad, integralidad, equidad, eficiencia y eficacia establecidos por el Ministerio de Salud y que se expresan en su visión y misión.

Las actividades programadas en el Plan de auditoría se encuentran inmersas de manera general en el Plan de Gestión de la Calidad la cual se encuentra incluida dentro de Acciones Centrales, financiado con Recursos Ordinarios, según la siguiente cadena funciona



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Articulación Estratégica PEI		Articulación Operativa POI							
OBJETIVO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL OEI	ACCIONES ESTRATEGICAS INSTITUCIONALES AEI	RESPONSABLE	CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD OPERATIVA	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	UNIDAD DE MEDIDA	META PROGRAMADA ANUAL
OEI.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	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	05 UNIDAD DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	05.01 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	AOI00113800534 GESTION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	1
				AOI00113800535 ATENCIÓN CONSULTAS Y RECLAMOS	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4
				AOI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4
				AOI00113800538 IMPLEMENTACION BUENAS PRACTICAS SEGURIDAD PACIENTE	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	1 ACCION	4



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Las actividades operativas están incluidas en el POI -2025 en las actividades operativas en tres líneas de acción importantes como son:

- Planificación para la Calidad en Salud, alineada a las políticas y lineamientos del sector.
- Garantía de la Cultura de Calidad y mejora Continua. Las Auditorias están dentro de esta línea de acción.
- Información para la Calidad. Los informes de los resultados se encuentran dentro de esta línea.

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS: Las actividades operativas (Anexo Matriz III).

6.4.1. Descripción operativa: Unidad de Medida, metas y responsables.

6.4.1.1. **Objetivo específico 1:** Contar con la organización funcional que cumpla con la norma vigente para realizar las auditorias de la Calidad de Atención en Salud.

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud 2025.	Plan aprobado R.D.	1	Responsable del Equipo de Auditoría
Conformación de Comités de Auditoría CAM (Comité de Auditoría Médica) y CAS (Comité de Auditoría en Salud)	Aprobado con R.D.	2	
Evaluación de la ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud 2025.	Informe	4	

6.4.1.2. **Objetivo específico 2:** Contar con personal capacitado en auditoria en salud en el HJATCH, como es mencionado en la norma vigente.

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
Capacitación a los Jefes de Departamentos, Servicios y a los auditores médicos y otros profesionales de la salud además del CAM y CAS en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la calidad de Atención en Salud.	Informe	1	Responsable del Equipo de Auditoría



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.1.3. Objetivo específico 3: Identificar las oportunidades de mejora de los Departamentos/ Servicios principales de las auditorías realizadas.

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
Monitorear y elaborar el informe trimestral de la realización de las auditorías de registro (consultorio externo, Hospitalización y Emergencia) programadas a los Auditores responsables de los servicios (Médico, Enfermería y Obstetricia).	Informe	4	Responsable del Equipo de Auditoría
Evaluación del registro de historia clínica que contienen: antecedente, tipo, alcance, metodología, información clínica, hallazgos, recomendaciones	Fichas de evaluación de registro	1200	
Realizar auditorías Programadas de la calidad de atención en salud, en forma trimestral que evalúan el cumplimiento de Estándares y requisitos de calidad, buscando la mejora continua, relacionado a: Estancias Prologadas, Reintervenciones Quirúrgicas, Operaciones cesáreas primarias, entre otros.	Informe	12	
Realizar Auditorías de caso de muerte materna, neonatal y los Eventos adversos graves o centinelas.	Informe	2	

6.4.1.4. Objetivo específico 4: Monitorizar los avances de las recomendaciones emitidas en las auditorías realizadas.

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
Dar seguimiento a la implementación de las recomendaciones señaladas en los informes de las auditorías de caso, de la Calidad de atención y de registro, acorde a los plazos establecidos.	Informe	4	Responsable del Equipo de Auditoría



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.1.5. Objetivo específico 5: Evaluar la Calidad de la atención en los diferentes departamentos y servicios del hospital José Agurto Tello de Chosica

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
<p>Actualización de las fichas de adherencia a las Guías de Práctica Clínica para los diferentes Departamentos y Servicios. Cumpliendo las siguientes Tareas:</p> <p>a) Enlistar las guías de Práctica Clínica oficializadas y actualizadas con resolución directoral por Departamentos y realizar el reporte respectivo.</p> <p>b) En base a las GPC actualizadas, armar las fichas para la evaluación de las adherencias de cada Departamento/Servicio.</p>	Informe	1	Responsable del Equipo de Auditoria
<p>Monitorear la adherencia a las Guías de Práctica Clínica actualizada por parte de los Departamentos y Servicios. Cumpliendo las siguientes tareas:</p> <p>a) Evaluación de la adherencia a las GPC por los responsables de auditoría de la Calidad de Atención de los Departamentos/Servicios.</p>	Informe	2	



6.4.1.6. Objetivo específico 6: Fortalecer el manejo de Historia Clínica en el correcto llenado de cada formato.

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
<p>Capacitación a los Jefes de Departamentos, Servicios y a los auditores médicos y otros profesionales de la salud en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.</p> <p>a) Mejorar el registro de los formatos de las historias clínicas en forma físico o digital para un mejor manejo de información en la atención.</p> <p>b) Dar seguimiento en la implementación de registros y valoración de la historia clínica como documento legal.</p>	Informe	1	Responsable del Equipo de Auditoria



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital José Agurto Tello de Chosica

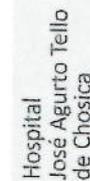


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.1.7. Objetivo específico 7: Evaluar el manejo de los diagnósticos en las atenciones prestadas para los usuarios mediante un buen manejo y medición de las Guías Prácticas Clínicas.

TAREA	UM	META FÍSICA AÑO 2025	RESPONSABLE
<p>Actualización del listado de Guías de Práctica Clínica para los diferentes Departamentos y Servicios. Cumpliendo las siguientes Tareas:</p> <p>a) Enlistar las guías de Práctica Clínica oficializadas y actualizadas con resolución directoral por Departamentos y realizar el reporte respectivo.</p>	Informe	1	Responsable del Equipo de Auditoría
<p>Orientar a la elaboración de Guías de Procedimiento Asistenciales para los diferentes Departamentos, Servicios y Unidades. Cumpliendo las siguientes tareas:</p> <p>a) Enlistar las guías de procedimiento oficializadas con resolución directoral y dar a conocer a los Departamentos, Servicio y unidades.</p> <p>b) Hacer revisión y seguimiento de las observaciones de las Guías de Procedimiento asistenciales para la obtención de resolución directoral.</p>	Informe	3	





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.2. Costeo De Actividades Por Tarea

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	CLASIFICADOR	DESCRIPCIONES DE (BIENES/ SERVICIOS)	CANTIDAD/ N° PROFESIONAL	FU / MCINTO POR PROFESIONAL	COSTO TOTAL
5000003 GESTIÓN ADMINISTRATIVA	AOI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	2.3.1.5.1.2	CINTA DE EMBALAJE 2 in X 55 yd	6	S/1,177	S/10,62
		2.3.1.5.1.2	MICA PORTA DOCUMENTO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO	50	1.5	S/75,00
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 60 cm	1	2,66	S/2,66
		2.3.1.5.1.2	REGLA DE PLASTICO 30 cm	1	0,74	S/0,74
		2.3.1.5.1.2	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL TIPO GANCHO	10	6,04	S/60,40
		2.3.1.5.1.2	LAPIZ NEGRO N° 2 SIN BORRADOR	50	0,38	S/19,00
		2.3.1.5.1.2	PAPEL BOND 75 g TAMAÑO A4	200	11	S/2,200,00
		2.3.1.5.1.2	PAPELOGRAFO CUADRICULADO (2 cm APROX.) 56 g DE 86 cm X 61 cm	20	0,18	S/3,60
		2.3.1.5.1.2	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	10	1,5	S/15,00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR AZUL	25	0,48	S/12,00
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR ROJO	25	0,49	S/12,25
		2.3.1.5.1.2	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA FINA COLOR NEGRO	50	0,43	S/21,50
		2.3.1.5.1.2	SOBRE MANILA TAMAÑO OFICIO	2	9,38	S/18,76
		2.3.1.5.1.2	BORRADOR BLANCO PARA LAPIZ TAMAÑO GRANDE	15	0,44	S/6,60
		2.3.1.5.1.2	PERFORADOR DE 2 ESPIGAS PARA 20 HOJAS APROX.	1	6,37	S/6,37
		2.3.1.5.1.2	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN PARA 200 CLIPS	2	3,35	S/6,70
		2.3.1.5.1.2	PAPEL LUSTRE DE 50 cm X 70 cm DE COLORES	15	0,3	S/4,50
		2.3.1.5.1.2	CARTULINA DE HILO 180 g TAMAÑO A4	6	0,45	S/2,70
		2.3.1.5.1.2	BANDEJA DE ACRILICO PARA ESCRITORIO DE 3 PISOS	2	33,04	S/66,08
		2.3.1.5.1.2	LIBROS DE ACTAS	3	11	S/33,00
		2.3.1.5.1.2	ENGRAMPADOR	2	60	S/120,00
		2.3.1.5.4.1	MICROFONO CON ALTA VOZ PORTATIL	2	35	S/70,00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL CHICO N° 1 X 100	100	0,8	S/80,00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL N° 3 X 12	100	1,55	S/155,00
		2.3.1.5.1.2	CLIP MARIPOSA DE METAL N° 2 X 50	100	2,21	S/221,00
		2.3.1.5.1.2	CLIP DE METAL 33 MM X 100	300	0,74	S/222,00
		2.3.1.5.1.2	ARCHIVADORES	6	5,4	S/32,40
		2.3.1.5.1.2	PLUMONES DE PIZARRA	18	1,6	S/28,80
		2.6.3.2.3.1	CPU 3.60 GHZ 8 GB ALMACENAMIENTO 1 TB + TECLADO + SISTEMA OPERATIVO	2	5,265,35	S/10,530,70
		2.6.3.2.3.1	MONITOR LED 21.5 in	2	735,86	S/1,471,72
		2.6.3.2.9.4	ACUMULADOR DE ENERGIA - EQUIPO DE UPS	2	890	S/1,780,00
		2.3.2.7.3.1	CURSO DE CAPACITACION DE PERSONAL	8	2,000,00	S/16,000,00
2.6.3.2.1.2	SILLAS GIRATORIO	2	400	S/800,00		
TOTAL						S/34,089,10



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Estrategias y Aseguramiento en Salud

Hospital José Agurto Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.3. Cronograma De Actividades

ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	ACTIVIDAD OPERATIVA	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG								
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic						
5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	ACI00113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	X																	
							X											X	
			X																
			X																
																			X



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.4.4. Responsables Para El Desarrollo De Cada Actividad

ACTIVIDAD OPERATIVA	CRITERIOS DE PROGRAMACION	TAREA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	RESPONSABLE
AO100113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	AUDITORIA DE LA CALIDAD	Conformación del Comité CAM	Comité CAM conformado por seis médicos cirujanos con RINA, como mínimo: Presidente, Secretario, 1 Vocal por especialidad (Medicina, Cirugía, Ginecología y Gineco-Obstetricia)	Responsable del Equipo de Auditoría
		Auditoría de Caso	Documento que contiene Auditoría por evento centinela, muerte materna, muerte perinatal o a solicitud de autoridad sanitaria, al 100% de los casos presentados, debe considerar: Antecedentes, Origen, Tipo, Alcance, Metodología, Información Clínica, Hallazgos, Recomendaciones.	
		Conformación del Comité CAS	Documento de conformación de Comité CAS del hospital, integrado por cuatro profesionales de la Salud, como mínimo: presidente, secretario y Vocales	
		Elaboración del Plan de Auditoría	Documento aprobado por la jefatura, remitido a DIRIS, que contiene como mínimo: Finalidad, Objetivo, Antecedentes, Actividades/ Tareas, Cronograma, Comité.	
		Consolidado Comité Cam, Cas Y Plan	Documento mediante el cual el Hospital remite a DIRIS el consolidado de la conformación o re-conformación de los comités CAM y CAS, así como el Plan Anual de Auditoría cuyo contenido: Resolución de conformación cada comité, Resolución de aprobación del Plan, Plan de Auditoría	
		Auditoría de Atención	Documento que contiene auditoría de la Calidad de Atención Programada que contiene: Antecedentes, Origen, Tipo, Alcance, Metodología, Información Clínica, Hallazgos, Recomendaciones.	
		Evaluación del Registro de Historia Clínica	Informes de las Fichas de Evaluación del Registro de la H.CI que contiene: Antecedentes, Tipo, Alcance, Metodología, Hallazgos, Recomendaciones, Anexo (Instrumento) de 25 H.CI trimestral de la misma especialidad.	
		Informe de Evaluación de Registro de Historia Clínica	Documento dirigido a la DIRIS con la matriz de consolidado de las evaluaciones de registro de 100 H.CI sometidas a evaluación de registro. Contenido mínimo: Resumen de resultados, Puntaje obtenido por Grupo Ocupacional, Puntaje obtenido por Servicio, Sección de la H.CI con mayor y menor resultado.	
		Informe de seguimiento de recomendaciones productos de auditoría de la calidad de atención y auditoría de caso	Evaluación de cumplimiento de las recomendaciones dejadas en los informes de auditoría programados y auditorías de caso, realizadas en las IPRESS.	
		ADHERENCIA A GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	Evaluación de Adherencia a Guía de Práctica Clínica	



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital José Agurto Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

6.5. PRESUPUESTO

Se ha considerado el presupuesto en el Plan de Gestión de la Calidad.

ACTIVIDAD; 50000003 GESTION ADMINISTRATIVA

META:00003-0007981: ACCIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

6.5.1. Servicio:

6.5.1.1. Recursos Humanos:

	FINANCIAMIENTO Especifica de Gasto (Partida)	Monto
SERVICIOS	Clasificador de Gasto 2.3. 2 9. 1 1	S/ 156,000.00
BIENES	Clasificador de Gasto 2.3. 1 5. 1 2	S/. 3,436.68
	Clasificador de Gasto 2.3. 1 5. 4 1	S/. 70.00
	Clasificador de Gasto 2.3. 2 7. 3 1	S/. 16,000.00
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 1 2	S/. 800.00
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 3 1	S/. 12,002.42
	Clasificador de Gasto 2.6. 3 2. 9 4	S/. 1,780.00
TOTAL		S/. 190,089.10

6.FINANCIAMIENTO

Con el presupuesto asignado a la U.G.C. 2025

Fuente de financiamiento = Recursos Ordinarios

6.6. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUCIÓN DEL PLAN ESPECIFICO



- La Dirección Ejecutiva del HJATCH, realizará la supervisión del cumplimiento del Plan de auditoría de la Calidad de Atención en Salud, año 2025, mediante un informe trimestral.
- La Unidad de Gestión de la Calidad realizará el monitoreo del Plan Anual de Auditoría, y también brindará asistencia técnica si fuera posible, durante el año 2025.
- La Evaluación del Plan lo realizará el responsable del equipo de Auditoría de la Unidad de gestión de la Calidad, cada trimestre durante el año 2025.
- La Supervisión y monitoreo del plan también es realizada por DIRIS L.E. y el MINSA, por semestre durante el año 2025.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital José Agurto Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

	PERSONAL	RESPONSABILIDAD
Unidad De Gestión De Calidad	Dra. Treissy Sthefanny Almerco Simon	Responsable Del Equipo De Auditoria

VII. RESPONSABILIDADES:

- 7.1. El director ejecutivo del Hospital quien debe aprobar el presente Plan mediante Resolución Directoral y brindar su apoyo para el cumplimiento de las actividades planteadas.
- 7.2. Los jefes de Departamentos, Unidades y Servicios están inmersos en el cumplimiento de las actividades del presente plan, sobre todo implementado las acciones y/o proyectos de mejora en sus servicios.
- 7.3. La oficina de Planeamiento Estratégico debe asignar recursos para el cumplimiento de las actividades.
- 7.4. El equipo de trabajo (CAM) y (CAS) debe impulsar al desarrollar de cada uno de las actividades para cada Departamento/Servicios del Hospital realizando el seguimiento a las recomendaciones de los informes.

VIII. ANEXOS





Hospital José Agurto Tello de Chosica

Ministerio de Salud y Seguro en Salud

Ministerio de Salud

PERÚ

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 1

FORMATO 1: ANEXO 1: MATRIZ DE ARTICULACION ESTRATEGICA Y OPERATIVA DEL PLAN ESPECIFICO DONDE ESTA INCLUIDO EL PLAN DE AUDITORIA

Órgano/Unidad Orgánica		UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD					PLAN ESPECIFICO	
Marco estratégico:		Estructura Programática y Operativa						
PEI 2025		POI						
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	AO ID Actividad Operativa POI	Centro de Costo	Objetivo General del Plan	Objetivo Especifico del Plan
OEI.04 FORTALECER LA RECTORIA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD; Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE; ÉTICO E INTEGRO; EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA	AEI.04.02 GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS AL SERVICIO DE LA POBLACIÓN; CON PROCESOS OPTIMIZADOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS SIMPLIFICADOS.	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	50000003 GESTION ADMINISTRATIVA	AO100113800537 IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATENCION	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Dar cumplimiento a la Norma Técnica Auditoría de la Calidad de Atención en Salud basada en las diferentes necesidades de mejora de los Departamentos y Servicios asistenciales del Hospital. Complementando con la Norma Técnica de Gestión de Historia Clínica y la Norma Técnica de las Guías de Práctica Clínica.	Establecer una estructura organizativa conforme a la normativa vigente para llevar a cabo auditorías de la calidad de atención en salud de manera eficiente y efectiva. Contar con personal capacitado en auditoría en salud en el HJATCH, como es mencionado en la norma vigente. Identificar las oportunidades de mejora de los Departamentos/ Servicios principales de las auditorías realizadas. Hacer seguimiento los avances de las recomendaciones emitidas en las auditorías realizadas. Identificar y evaluar la Calidad de la atención en los diferentes departamentos y servicios del hospital José Agurto Tello de Chosica. Fortalecer el manejo de Historia Clínica en el correcto llenado de cada formato.
								Evaluar el manejo diagnóstico de las atenciones prestadas para los usuarios mediante un buen manejo y medición de las Guías Prácticas Clínicas.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital José Agurto Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO 2: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECIFICO REFERENTES AL PLAN DE AUDITORIA

Objetivos General del Plan:	Dar cumplimiento a la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud basada en las diferentes necesidades de mejora de los Departamentos y Servicios asistenciales del Hospital. Complementando con la Norma Técnica de Gestión de Historia clínica y la Norma Técnica de las Guías de Práctica Clínica.			
Indicador	Unidad de Medida	Meta Programada	Fuente de Información	Responsable
Conformidad de Auditorías de Registro	Porcentaje	78%	Historias clínicas	UGC
Adherencia de Guías de Práctica Clínica	Porcentaje	80%	Historias clínicas	UGC
Recomendaciones de Auditorías Implementadas	Porcentaje	>80%	Informe	UGC





PERÚ

Ministerio de Salud

Virreinato de Estaciones y Asesoramiento en Salud

Hospital José Aguirre Tello de Chosica



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

ANEXO4: MATRIZ DE FORMULACIÓN DE PRESUPUESTO DEL PLAN ESPECIFICO DONDE ESTA INCLUIDO EL PLAN DE AUDITORIA

PLAN ESPECIFICO		POI		UNIDAD DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD			
Objetivo General del Plan		Objetivo Especifico del Plan		PRESUPUESTO SIAF			
Estructura Operativa		Estructura Presupuestal		Estructura Presupuestal			
Objetivo General del Plan	Objetivo Especifico del Plan	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad Presupuestal	Fuente de Financiamiento	Especifica de Gasto	Presupuesto Requerido
Establecer acciones para implementar el sistema de gestión de la calidad en el hospital José Aguirre Tello de Chosica, alineadas a los componentes y actividades establecidas por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud	Fortalecer las actividades que fomentan la Garantía de la Cultura de la Calidad y Mejora Continua	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	5000003 GESTION ADMINISTRATIVA	R.O.	2.3.2.9.1.1	S/ 156,000.00
						2.3.1.5.1.2	S/ 5,388.34
						2.3.1.5.3.1	S/ 1,562.00
						2.3.1.5.4.1	S/ 70.00
						2.3.1.8.2.1	S/ 954.00
						2.3.2.7.3.1	S/ 16,000.00
						2.6.3.2.1.2	S/ 1,200.00
						2.6.3.2.3.1	S/ 25,084.22
						2.6.3.2.3.3	S/ 2,000.00
						2.6.3.2.9.4	S/ 2,670.00
							S/442,682.24

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
 “Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

9.5. ANEXO 5: MATRIZ DE ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL PLAN DE AUDITORIA - 2025:

CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	A.O. IMPLEMENTACION ACCIONES MEJORA CONTINUA CALIDAD DE ATECION		META FISICA 2024	I TRIM PROG			II TRIM PROG			III TRIM PROG			IV TRIM PROG			RESPONSABLE
	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	
AUDITORIA DE LA CALIDAD	Conformación del Comité CAM	Comité CAM Conformado con RD	Comité CAM conformado por seis médicos chujanos con RMA, como mínimo: Presidente, Secretario, 1 Vocal por especialidad (Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia)	1												UGC
	Auditoria de Caso	Informe	Documento que contiene Auditoria por evento centinela, muerte materna, muerte perinatal o a solicitud de auditoria sanitaria, al 100 de los casos prestados, debe considerar: Antecedentes, Origen, Tipo, Alcance, Metodología, información Clínica, Hallazgos, Recomendaciones.	2				1							1	UGC
	Conformación del Comité CAS	Comité CAS Conformado con RD	Documento de conformación de Comité CAS del hospital, integrado por cuatro profesionales de la Salud, como mínimo: Presidente, Secretario y Vocales	1				1								UGC
	Elaboración del Plan de Auditoria	Plan de Auditoria aprobado con RD	Documento aprobado por la Jefatura, remitido a DIRIS, que contenga como mínimo: Finalidad, Objetivo, Antecedentes, Actividades / Tareas, Cronograma, Comité.	1				1								UGC
	Auditoria de Atención	Informe	Documento que contiene Auditoria de la Calidad de Atención programada que contiene: Antecedentes, Origen, Tipo, Alcance, Metodología, información clínica, Hallazgos, Recomendaciones.	12					3						3	UGC
ADHERENCIA A GUIA DE PRACTICA CLINICA	Evaluación del Registro de Historia clínica	Fichas de Evaluación de Registro	Informes de las Fichas de Evaluación del Registro de HCL que contiene: Antecedentes, Tipo, Alcance, Metodología, Hallazgos, Recomendaciones, Anexo (Instrumento) De 25 HCL trimestral de la misma especialidad.	1200										300		UGC
	Informe de Evaluación de Registro de Historia clínica	Oficio	Documento Dirigido a la DIRIS con la Matric de consolidado de las evaluaciones de registro de 100 HCL, sometidas a evaluación de registro. Contenido mínimo: Resumen de resultados, Puntaje obtenido por Grupo Ocupacional, Puntaje obtenido por Servicios, Sección de la HCL con mayor y menor resultado.	1											1	UGC
	Informe de Seguimiento de recomendaciones productos de auditoria de la calidad de atención y auditoria de caso.	Informe	Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones dejadas en los informes de auditoria programados y auditorias de caso, realizadas en las IPRESS de la jurisdicción adscrita.	2					1						1	UGC
Evaluación de Adherencia a Guia de practica Clínica	Informe	Documento que contiene la evaluación de la Adherencia a Guia de Practica Clínica del MIRSA según patología o prestación evaluada de 25-HCL, como mínimo.	2											1	UGC	



IX BIBLIOGRAFÍA:

- Ministerio de Salud; 2016, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", Lima, Perú.
- Ministerio de Salud; 2018, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", Lima, Perú.
- Ministerio de Salud; 2015, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", Lima, Perú.
- Ministerio de Salud; 2015, "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", Lima, Perú.
- Ministerio de Salud; 2007, "Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de Atención en Salud", Lima, Perú.

