

REPÚBLICA DEL PERÚ



**RESOLUCIÓN JEFATURAL**

Lima, 13 de JUNIO de 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 0004-2025-CAS/INEN del Presidente del Comité de Auditoría en Salud, Memorando N° 000549-2025-DICON/INEN de la Dirección de Control del Cáncer, Informe N° 000423-2025-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y el Informe N° 000935-2025-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, la Ley N° 28748, crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal, calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y sus modificatorias;

Que, con Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones - ROF, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, estableciéndose su competencia, funciones generales y estructura orgánica del Instituto; así como las funciones de sus diferentes órganos y unidades orgánicas;

Que, mediante Memorando N° 000549-2025-DICON/INEN, la Dirección de Control del Cáncer, traslada a la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, el Informe 000423-2025-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, conteniendo el proyecto denominado Documento Técnico: "Plan Específico de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del INEN 2025", remitido por el Presidente del Comité de Auditoría en Salud, con Informe N° 000004-2025-CAS/INEN, el cual tiene como finalidad "Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud que brinda el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, mediante la promoción del cumplimiento de las normas técnicas vigentes y la garantía de los derechos de los usuarios en salud", para su aprobación correspondiente;

Que, con Memorando N° 000768-2025-OGPP/INEN, la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, remite el Informe N° 000710-2025-OPE-OGPP/INEN, elaborado por la Oficina de Planeamiento Estratégico a cargo de la mencionada Oficina General, mediante el cual emite opinión técnica favorable para la aprobación del precitado plan, considerando que cumple con lo establecido en la Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, encontrándose articulado con el Plan Operativo Institucional (POI) 2025, aprobado por Resolución Jefatural N° 270-2024-J/INEN y el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2030 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado por Resolución Jefatural N° 055-2024-J/INEN;





Que, mediante documentos de vistos, la Oficina de Asesoría Jurídica, encuentra viable lo requerido; por consiguiente, cumple con formular y visar la presente Resolución Jefatural;



Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, Gerencia General, Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, Oficina de Planeamiento Estratégico, Dirección de Control del Cáncer, Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Presidente del Comité de Auditoría en Salud, Oficina de Asesoría Jurídica; con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA; y de conformidad con la Resolución Suprema N° 016-2022-SA;



**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar el Documento Técnico: "Plan Específico de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del INEN 2025", del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, el mismo que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.



**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente resolución en la Plataforma Digital única del Estado Peruano ([www.gob.pe](http://www.gob.pe)), y en el portal institucional de la entidad ([www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe)).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



MG. FRANCISCO E.M. BERROSPI ESPINOZA  
Jefe Institucional  
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Despacho Ministerial

Instituto Nacional  
de Enfermedades  
Neoplásicas



# INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

## DOCUMENTO TECNICO:

# PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL INEN 2025

## COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD



Firmado digitalmente por DIAZ  
ROMERO Ricardo Alberto FAU  
20514964778 hard  
Motivo: Doy V° B°  
Fecha: 02.06.2025 11:45:52 -05:00



Firmado digitalmente por PARRA  
BALTAZAR Isabel Mónica FAU  
20514964778 hard  
Motivo: Doy V° B°  
Fecha: 02.06.2025 09:22:12 -05:00

LIMA, PERÚ  
2025



Firmado digitalmente por PINEDO  
MELGAR Luis Felipe FAU  
20514964778 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 30.05.2025 14:51:05 -05:00



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

Despacho Ministerial

Instituto Nacional  
de Enfermedades  
Neoplásicas



## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>FINALIDAD.....</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>OBJETIVOS. ....</b>	<b>3</b>
<b>IV.</b>	<b>AMBITO DE APLICACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>V.</b>	<b>BASE LEGAL. ....</b>	<b>4</b>
<b>VI.</b>	<b>CONTENIDO .....</b>	<b>5</b>
<b>VII.</b>	<b>RESPONSABILIDADES.....</b>	<b>15</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>16</b>



## DOCUMENTO TECNICO:

### PLAN ESPECÍFICO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL INEN 2025

#### I. INTRODUCCIÓN

La Auditoría de la Calidad de la Atención en salud identifica las oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, así mismo puede facilitar el cambio hacia una práctica de la medicina basada en evidencias, mediante el uso de las guías de práctica clínica y, al mismo tiempo, busca encausar el manejo clínico dentro del marco ético-legal, con la finalidad de verificar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), es una institución de tercer nivel atención con categoría III-2, recategorizado mediante Resolución Administrativa N° 730-2023-DMGS-DIRIS-LC, siendo un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud (MINSa); que brinda atención altamente especializada en Oncología, Asimismo, desarrolla investigación y docencia, estableciendo el marco normativo de la atención sanitaria compleja a nivel nacional

En nuestro país, con recursos limitados, algunos servicios de salud tienen serias limitaciones para su funcionamiento y, baja cobertura de los servicios de salud, existe la necesidad de brindar atención de calidad que contribuya a disminuir la alta tasa de mortalidad; así como el grado de insatisfacción de los usuarios del sistema de salud y las denuncias por presuntas negligencias médicas; lo que hace necesario alinear con acciones preestablecidas la labor de la auditoría en salud.

El presente Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025, es un documento que contiene la finalidad, los objetivos y las actividades a realizar de Auditoría Médica y Auditoría en Salud en el INEN, tales como: Auditoría de la Calidad de Atención, Auditoría de Gestión Clínica, Auditoría Médica y otras relacionadas.

El presente Plan ha sido elaborado de acuerdo a los lineamientos de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. y los Criterios de Programación de Actividades de los Institutos (IPRESS III-2) para la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, definidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud

Asimismo, responde a la realidad institucional, siendo una herramienta que permitirá mejorar la calidad de atención del paciente con mayor eficacia, eficiencia y humanización generando el valor público esperado.

#### II. FINALIDAD.

"Contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud que brinda el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, mediante la promoción del cumplimiento de las normas técnicas vigentes y la garantía de los derechos de los usuarios en salud."

#### III. OBJETIVOS.

El presente Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud INEN 2025, se ha elaborado basado en la estructura aprobada para el Plan de Auditoría en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la en Salud. N.º 029- MINSa/DIGEPRES-V.02. R.M N° 502-2016-MINSa, y considera los siguientes objetivos:



### 3.1. OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, mediante la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad por parte de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conforme a los principios de universalidad, calidad óptima, oportunidad y ética.

### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1. OE 01. Ejecutar auditorías de calidad en los servicios de salud del INEN, orientadas al mejoramiento de la efectividad y eficiencia en la atención brindada a los pacientes.
- 3.2.2. OE 02 Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en materia de auditoría de la calidad, promoviendo capacidades para la gestión y mejora continua de los servicios.
- 3.2.3. OE 03 Monitorear y evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, con enfoque en resultados y sostenibilidad institucional.

## IV. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente plan es de aplicación en todos los órganos y unidades orgánicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que participan en los procesos asistenciales, en el marco de la prestación de servicios de salud y la gestión de la calidad.

## V. BASE LEGAL.

- 5.1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- 5.2. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública
- 5.3. Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 5.4. Ley N° 28748, por la cual se crea como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- 5.5. Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.6. Decreto Supremo N° 001-2007-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN.
- 5.7. Decreto Supremo N.º 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- 5.8. D.S. N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.9. D.S. N°016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud-PEAS.
- 5.10. D.S. N°020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.11. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para elaboración de Proyectos de Mejora y aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de Calidad
- 5.12. D.S. N.º 027-2015-SA: Reglamento de la Ley N.º 29414, Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 5.13. RM N° 519-2006-SA/DM, Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 5.14. RM N.º 596-2007/MINSA: Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.15. RM N.º 456- 2007 – MINSA: Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.16. RM N.º 727-2009/MINSA, Plan Nacional de Políticas de Calidad en Salud.
- 5.17. RM N° 546-2011/MINSA, Norma Técnica N. 021–MINSA/ DGSP/V03: Categorías de establecimientos del Sector Salud.



- 5.18. RM N.º 527-2011/MINSA, Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.19. R.M N.º 502 – 2016 – MINSA: Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención de la en Salud –N.º 029 – MINSA /DIGEPRES–V.02.
- 5.20. R.M. N.º 214-2018/MINSA, NTS N°139. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- 5.21. R.M N° 826-2021/MINSA, se aprueba las “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- 5.22. Resolución Jefatural N° 055-2024-J/INEN, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2030 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- 5.23. R.M N° 215-2025/MINSA, que aprueba la Directiva administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022 “Directiva administrativa para la formulación, aprobación y Evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud.
- 5.24. Resolución Jefatural N° 0238-2024-J/INEN, que aprueba la conformación del Comité de Auditoría Médica.
- 5.25. Resolución Jefatural N° 0226-2024-J/INEN, que aprueba la conformación del Comité de Auditoría en Salud

## VI. CONTENIDO

### 6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES:

Los conceptos técnicos y terminología especializada empleados en el presente plan se detallan en el **Anexo N.º 01 – Aspectos Técnicos Conceptuales**, el cual tiene por finalidad estandarizar su interpretación y asegurar la rigurosidad conceptual del presente documento.

### 6.2. ANÁLISIS SITUACIONAL ACTUAL

#### 6.2.1. ANTECEDENTES

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en su compromiso con la mejora continua de la calidad de la atención en salud, ha formalizado la constitución de sus comités de auditoría en salud. Mediante la Resolución Jefatural N.º 0238-2024-J/INEN, se aprobó la conformación del Comité de Auditoría Médica, y a través de la Resolución Jefatural N.º 0226-2024-J/INEN, se oficializó el Comité de Auditoría en Salud. Estas resoluciones proporcionan el respaldo normativo necesario para la operatividad de ambos comités dentro del marco institucional del INEN.

La implementación de estos comités responde a la necesidad de fortalecer los mecanismos de evaluación y mejora de los procesos asistenciales, asegurando que la atención brindada a los pacientes se alinee con los estándares de calidad establecidos y con los principios de universalidad, oportunidad, eficiencia y ética en la atención en salud.

En este contexto, el presente Plan de Auditoría de la Calidad se erige como una herramienta estratégica para evaluar y mejorar los procesos asistenciales. Para ello, se ha definido una metodología que incluye la selección de muestras representativas, las cuales serán objeto de auditoría. A continuación, se detallan los criterios de selección y las características de las muestras que se utilizarán como instrumento para el desarrollo de las auditorías. Luego se mencionará a los integrantes del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en salud.

#### A. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS.

Para el cálculo de la muestra de las Auditorías de Calidad de atención de salud se tomará en cuenta como referencias las historias clínicas de atenciones a los pacientes en los servicios de Consulta Externa,

Hospitalización y Emergencia del INEN en el año 2025.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{TAMAÑO DE LA MUESTRA} = \frac{N * (\alpha_c * 0,5)^2}{1 + (e^2 * (N - 1))}$$

Donde:

$\alpha_c$  = valor del nivel de confianza (varianza). Se estimó como nivel de confianza el 95%.

$e$  = margen de error. El error se estimó en un 5%.

$N$  = Tamaño de la población

Para **CONSULTA EXTERNA y HOSPITALIZACIÓN** la distribución de las auditorías de las atenciones se realizará de acuerdo a los servicios que brindan atención.

Para **EMERGENCIA** se realizará la distribución de las auditorías correspondiente a todas las atenciones del Servicio de Emergencia. En todos los casos el muestreo se realiza de manera aleatoria.

## B. COMITÉS DE AUDITORÍA.

Los Comités de Auditoría Médica y Auditoría en Salud del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) son convocados por la Dirección General, con el soporte técnico y operativo del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC), el cual actúa como órgano de coordinación y asistencia para el cumplimiento de sus funciones.

Cada comité está constituido por un mínimo de tres miembros: un presidente, un secretario de actas y uno o más vocales. Todos sus integrantes deben cumplir con el perfil establecido para auditores de la calidad de la atención en salud, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 – Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud. La formalización de los comités se realiza mediante Resolución Jefatural.

En atención al volumen de auditorías a ejecutarse, cada comité podrá constituir equipos de auditoría adscritos, integrados igualmente por un mínimo de tres miembros: un responsable del equipo, un secretario de actas y un vocal. Estos equipos tienen la responsabilidad de llevar a cabo las auditorías de calidad asignadas y presentar sus informes técnicos al presidente del comité correspondiente.

La propuesta de los integrantes de los equipos de auditoría es formulada por cada comité, mientras que su convocatoria es realizada por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, en función de la disponibilidad operativa y las competencias técnicas del personal de salud institucional. Su formalización también se concreta mediante Resolución Jefatural.

En cumplimiento de la normativa vigente, el INEN cuenta actualmente con los siguientes comités:

**COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (CAM)**

DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO	REPRESENTANTE	CARGO
<b>Equipo Funcional de Referencia y Contrarreferencia.</b>	MC. LUIS FELIPE PINEDO MELGAR	Presidente
<b>Departamento de Radiodiagnóstico</b>	MC. PEDRO POVES BALBOA	Secretario de Actas.
<b>Equipo Funcional de Consulta Externa</b>	MC. VICTOR DIAZ MERCADO	Vocal

Resolución Jefatural N°238-2024-J/INEN

**COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD. (CAS)**

DIRECCIÓN/ DEPARTAMENTO	REPRESENTANTE	CARGO
<b>Equipo Funcional de Referencia y Contrarreferencia.</b>	MC. LUIS FELIPE PINEDO MELGAR	Presidente
<b>Departamento de Enfermería</b>	MG. GREGORIA VILMA DÍAZ RÍOS	Secretario de Actas.
<b>Departamento de Promoción de la Salud Prevención y Control Nacional de Cáncer</b>	DRA. DAISY DALMIRA SÁNCHEZ PADILLA	Vocal

Resolución Jefatural N° 226-2024-J/INEN

**6.2.2. PROBLEMA**

El problema identificado, afecta la eficacia de los procesos asistenciales, comprometiéndolo tanto la seguridad del paciente como la calidad de la información clínica necesaria para la continuidad del cuidado del paciente, la evaluación institucional y la mejora continua:

“Limitaciones en el cumplimiento de la normativa vigente relacionada con la atención del paciente oncológico y la calidad del registro clínico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).”

**6.2.3. CAUSAS DEL PROBLEMA**

La problemática identificada tiene como origen principal la insuficiente consolidación de mecanismos institucionales orientados a asegurar la calidad de la atención en salud. Esta debilidad limita la capacidad del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para garantizar la aplicación efectiva de normativas, el monitoreo sistemático de los procesos asistenciales y la mejora continua de los servicios brindados.

En este contexto, se identifican las siguientes causas que explican dicha situación:

- **Débil implementación sistemática de auditorías de calidad:** La inexistencia previa de un Plan de Auditoría de la Calidad formalmente estructurado, aprobado y socializado dentro del INEN pone en evidencia la falta de una implementación sistemática de procesos de auditoría. Esta situación ha limitado el seguimiento continuo, la identificación oportuna de brechas en la atención oncológica y la adopción de medidas correctivas basadas en evidencia. En consecuencia, la evaluación periódica de la calidad de los servicios de salud ha sido discontinua, fragmentada o reactiva, lo cual afecta la mejora sostenida de los procesos asistenciales.

- **Baja adherencia a los estándares de gestión de la historia clínica:** El cumplimiento parcial y heterogéneo de la Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica, así como la aplicación inconsistente de auditorías de historias clínicas por registro, demanda o caso, revelan deficiencias en la estandarización y calidad del registro clínico por parte del personal de salud. Esto compromete la integridad de la información clínica necesaria para una atención segura y eficiente.
- **Competencias técnicas insuficientes del personal auditor:** La necesidad constante de capacitar y actualizar a los integrantes de los comités de auditoría refleja brechas en conocimientos normativos, técnicos y metodológicos. Estas limitaciones dificultan la realización de auditorías de calidad efectivas y sostenibles, afectando la capacidad institucional para detectar y corregir desviaciones en los procesos asistenciales.
- **Cultura organizacional débil en torno a la mejora continua:** La limitada interiorización y promoción de una cultura orientada a la calidad y a la autoevaluación permanente se traduce en una baja participación en procesos de auditoría y mejora. La escasa socialización de normativas técnicas y la insuficiente apropiación de principios de gestión de calidad dificultan la consolidación de un enfoque institucional proactivo y preventivo.

#### 6.2.4. POBLACIÓN O ENTIDADES OBJETIVO

Este plan está dirigido a los profesionales de la salud que integran los diferentes órganos y unidades orgánicas involucradas en los procesos asistenciales desarrollados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).

#### 6.2.5. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Para abordar las causas identificadas y fortalecer la calidad de la atención en salud, se proponen las siguientes alternativas de solución:

- **Fortalecimiento de las auditorías de calidad en los servicios de salud:** Implementar un sistema de auditoría institucional sostenido, con enfoque preventivo y correctivo, que permita evaluar de forma continua la calidad de los procesos asistenciales y promover la mejora de los estándares de atención.
- **Capacitación al personal de salud en gestión de la historia clínica:** Desarrollar capacitaciones y actualización dirigidos a los profesionales de la salud sobre la Norma Técnica N.º 139-MINSA “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” y otras disposiciones vinculadas a la correcta documentación y manejo clínico-administrativo.
- **Socialización de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02:** Difundir y promover el conocimiento de esta norma entre los distintos órganos y unidades orgánicas del INEN, asegurando su apropiación institucional y aplicación homogénea en todos los niveles asistenciales.
- **Monitoreo y seguimiento del Plan de Auditoría de la Calidad:** Establecer mecanismos de supervisión y evaluación continua de la implementación del plan, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de sus actividades, identificar oportunidades de mejora y retroalimentar los procesos de gestión institucional.

### 6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI

El presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2025, tiene como finalidad identificar las oportunidades para mejorar la atención de los pacientes promoviendo la transición hacia una práctica médica sustentada en la evidencia científica. En este sentido dicho plan propende a la mejora de la atención del paciente oncológico, y a la optimización de la atención oncológica especializada a los pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, que se encuentra establecido en el OEI 01 Optimizar la atención oncológica especializada a los pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

En el marco de la articulación de los procesos administrativos, las actividades desarrolladas por los Comités de Auditoría se enmarcan en funciones administrativas orientadas a garantizar la ejecución de las actividades contempladas en el presente plan. En ese sentido, la articulación estratégica con el Plan Estratégico Institucional 2024-2030 y el Plan Operativo Institucional 2025 se presenta a continuación:

#### 6.3.1. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA AL PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL (PEI)

El presente plan se encuentra articulado con el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2024-2030 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN aprobado mediante Resolución Jefatural N°055-2024-J-INEN, contribuyendo al logro del Objetivo Estratégico Institucional “OEI 04 Fortalecer la gestión institucional con enfoque de transformación digital” mediante la Acción Estratégica Institucional “AEI 04.01 Servicios administrativos y asistenciales oportunos mediante la transformación digital en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”.

#### 6.3.2. ARTICULACIÓN OPERATIVA AL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL (POI)

De igual manera el presente plan se encuentra articulado con el Plan Operativo Institucional (POI) 2025 aprobado con Resolución Jefatural N°270-2024-J-INEN, lo cual se encuentra alineada con el Actividad Operativa Institucional “AOI00123500046 Gestión Administrativa - Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos”, así como se relaciona con el Plan de Gestión Administrativa (PGA) con las actividades relacionadas a las auditorías de la calidad de los servicios de salud.

### 6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS

- **OBJETIVO ESPECIFICO N°01:**

Ejecutar auditorías de calidad en los servicios de salud del INEN, orientadas al mejoramiento de la efectividad y eficiencia en la atención brindada a los pacientes.

#### **ACTIVIDAD N°1**

Planificación de actividades para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2025 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

#### **TAREAS**

1. Elaboración del Plan de Auditoría de Calidad de Atención en salud 2025 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
2. Gestión para la aprobación del Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud 2025 mediante Resolución Jefatural.

3. Socialización del Plan de Auditoría de Atención en Salud 2025.
4. Asistencia Técnica del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos a los integrantes del Comité de Auditoría Médica.
5. Asistencia Técnica del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos a los integrantes del Comité de Auditoría en Salud.

### **ACTIVIDAD N°2**

Promocionar la auditoría de adherencia de las Guías de las Prácticas Clínicas a los profesionales de salud de la Institución.

### **TAREAS**

1. Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica en las diferentes UPSS a través de la revisión de historias clínicas seleccionadas al azar, realizado por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control de Servicios Oncológicos
2. Realización del informe con las recomendaciones del Resultado de la Auditoría de la adherencia a las guías de practica clínicas.

### **ACTIVIDAD N°3**

Implementación de Auditorías de Calidad de Atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, impulsando la cultura de mejora continua en los profesionales de salud

### **TAREAS**

1. Realización de Auditorías de Calidad de Atención en Salud (Auditoría Médica o Auditoría en Salud) a demanda a cargo de los Comités de Auditoría del INEN (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).
2. Realización de Auditorías de Caso a solicitud de la Jefatura Institucional a cargo de los Comités de Auditoría del INEN (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).

### **• OBJETIVO ESPECIFICO N°2**

Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en materia de auditoría de la calidad, promoviendo capacidades para la gestión y mejora continua de los servicios.

### **ACTIVIDAD N°01**

Promoción del 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

### **TAREAS**

1. Realización de un cronograma de Evaluación de Calidad de Registro para el monitoreo y evaluación de los formatos de Historia Clínica en las distintas UPSS y monitorear su cumplimiento.
2. Evaluando los resultados de los resultados de la Auditoría de Calidad de Registro de Historias Clínicas de las UPSS de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.



3. Capacitación a los profesionales de la salud 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.

### **ACTIVIDAD N°2**

Difusión la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 a los diferentes órganos y unidades orgánicas del INEN

#### **TAREAS**

1. Socialización de la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, vía documento circular a los Jefes de Servicios, Directores de Departamento y Directores Generales.
2. Reuniones de manera programada con los diferentes Servicios, Departamentos o Direcciones para exponer la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02

#### **• OBJETIVO ESPECIFICO N°3**

Monitorear y evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, con enfoque en resultados y sostenibilidad institucional.

### **ACTIVIDAD N°1**

Monitoreo de las recomendaciones realizadas en los informes de Auditoría realizadas por el Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud.

#### **TAREAS**

1. Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes de las Auditorías de Calidad y Auditorías de Caso realizadas.
2. Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes trimestrales de la Evaluación de Calidad de registro realizadas.
3. Monitoreo del cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN-2025.

## **6.5. PRESUPUESTO**

El presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, no demanda presupuesto adicional al asignado previamente a la actividad 5004442.DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TECNICAS EN PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER alineada a la Actividad Operativa Institucional “AOI00123500046 Gestión Administrativa - Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos”; en ese sentido el importe corresponde a S/. 0.00, conforme al siguiente detalle.

PROGRAMA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	MONTO 2025
0024.PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	3000001.ACCIONES COMUNES	5004442.DESARROLLO DE NORMAS Y GUIAS TÉCNICAS EN PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER	1.RECURSOS ORDINARIOS	0.00
<b>TOTALES</b>				<b>0.00</b>

Cabe precisar que las actividades contempladas en el plan forman parte de las funciones de las unidades orgánicas involucradas, por lo que serán ejecutadas en el marco de sus responsabilidades.

## 6.6. FINANCIAMIENTO

Las actividades programadas para realizar el “Plan Específico de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del INEN 2025, se encuentran establecida en la Actividad Operativa Institucional “AOI00123500046 Gestión Administrativa - Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos”.

## 6.7. SEGUIMIENTO

El seguimiento es un proceso continuo y sistemático que permite verificar el avance de las actividades programadas y el cumplimiento de las metas físicas y presupuestales. Comprende el monitoreo, que observa el progreso de la ejecución, y la supervisión, que evalúa el desarrollo adecuado de las acciones e identifica necesidades de ajuste para alcanzar los objetivos del plan.

El presente Plan ha sido formulado en concordancia con los criterios de programación establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA), los cuales fueron comunicados al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas mediante el Oficio Múltiple N.º D00043-2025-DVMPAS-MINSA, de fecha 3 de marzo de 2025. En este marco, el proceso de monitoreo y evaluación del plan se lleva a cabo considerando el avance de las actividades vinculadas a dichos criterios, así como el cumplimiento de los indicadores asociados al objetivo general y a los objetivos específicos. Esta evaluación permitirá conocer el nivel de cumplimiento del plan y realizar su retroalimentación.

La información relativa al cumplimiento del plan es remitida a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Ministerio de Salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud N.º 029-MINSA/DIGEPRES. Vol. 02, “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud”. En este sentido, como parte del proceso de ejecución del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025 del INEN, se remitirá a dicha unidad la “Información de Auditorías de la Calidad de Atención en Salud”, la cual comprende los siguientes componentes:"

- a. Aprobación y difusión del presente Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud 2025.
- b. Aprobación de los Comités de Auditoría Médica y Auditoría en Salud.
- c. Informes de las Auditorías adherencia a las Guías de Práctica clínica
- d. Informes de las Auditorías de Calidad de atención en Salud realizadas.
- e. Informes de las Auditorías de Calidad de Caso a solicitud.
- f. Evaluación de Calidad de Registro de Historia Clínica y el monitoreo respectivo de su cumplimiento.
- g. Reportes de eventos de capacitación realizados.
- h. Reportes de monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de los informes de Auditoría de Calidad y Auditoría de Caso realizadas.
- i. Reportes de monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de los Informes de Evaluación de Calidad de Registro realizadas.
- j. Actas de reuniones de cierre compartiendo los resultados de las Auditorías de Calidad de Atención en salud realizadas, con los servicios involucrados.
- k. Informe Trimestral del Avance del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN 2025.

En este contexto, el seguimiento del presente plan se llevará a cabo utilizando como herramienta el Anexo N.º 04: Matriz de Seguimiento y Evaluación de Metas Físicas y Presupuestales, y presentarlos a la Oficina de Planeamiento Estratégico de acuerdo al Anexo 5 A Informe de Seguimiento según periodo establecido en el Plan Específico, de la “Directiva administrativa para la formulación, aprobación y Evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud, según pertinencia.

## 6.8. EVALUACION

La evaluación es un proceso orientado al análisis del grado de cumplimiento de los objetivos del presente plan, a través de la verificación de los resultados alcanzados y de la ejecución de las metas físicas programadas.

Esta evaluación se realizará de manera semestral mediante la elaboración del “Informe de Evaluación del Plan Específico de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud del INEN 2025”, el cual analizará los indicadores asociados a los objetivos específicos establecidos. El informe será elaborado por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, de acuerdo al Anexo 5 B Informe de Evaluación Intermedia/Final del Plan Específico, de la “Directiva administrativa para la formulación, aprobación y Evaluación de los planes específicos en el Ministerio de Salud, según pertinencia, y será remitido a la Dirección de Control del Cáncer para su validación, a fin de ser posteriormente elevado a la Oficina de Planeamiento Estratégico a través de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto.

Para esta evaluación, se utilizarán como principales insumos el Anexo N.º 04 – Matriz de Seguimiento y Evaluación de Metas Físicas y Presupuestales, así como la “Información de Auditorías de la Calidad de Atención en Salud”, y los resultados de los reportes del logro de los indicadores del objetivo general y los objetivos específicos.

## 6.9. INDICADORES POR OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Los indicadores trazadores del presente Plan y de la Unidad de Gestión de la Calidad, son:

- **INDICADOR OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, mediante la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad por parte de las Unidades Prestadoras de Servicios de



Salud (UPSS) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conforme a los principios de universalidad, calidad óptima, oportunidad y ética.

### Porcentaje de cumplimiento de Auditoría de la calidad de la atención en salud

$$\frac{\text{N° de Auditoría la Calidad de atención Ejecutados} \times 100}{\text{Total de Auditoría de la Calidad programados}}$$

**Estándar: 80%**

- **INDICADOR OBJETIVO ESPECIFICO OEI 01:** Ejecutar auditorías de calidad en los servicios de salud del INEN, orientadas al mejoramiento de la efectividad y eficiencia en la atención brindada a los pacientes.

### Porcentaje de cumplimiento de informes de evaluación de Auditoría de la calidad:

$$\frac{\text{N° de Informes de Evaluación de Auditoría la Calidad de atención y Auditoría de Caso Ejecutados} \times 100}{\text{Total, de Informes de Evaluación de Auditoría de la Calidad y Auditoría de Caso programados}}$$

**Estándar: 80%**

- **INDICADOR OBJETIVO ESPECIFICO OEI 02** Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en materia de auditoría de la calidad, promoviendo capacidades para la gestión y mejora continua de los servicios.

### Porcentaje de cumplimiento de informe de Evaluación de Calidad de Registro

$$\frac{\text{N° de Informes de Evaluación de Auditoría de Calidad de Registro realizados} \times 100}{\text{Total de Informes de Evaluación de Auditoría de Calidad de Registro programados}}$$

**Estándar: 80%**

- **INDICADOR OBJETIVO ESPECIFICOS OE 03** Monitorear y evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, con enfoque en resultados y sostenibilidad institucional.

### Porcentaje de cumplimiento de recomendaciones de las Auditorías de Calidad de Atención en Salud

$$\frac{\text{N° de recomendaciones de las Auditorías de Calidad de Atención Auditorías de Caso y Auditorías registro Implementadas} \times 100}{\text{N° de recomendaciones de las Auditoría de Calidad de Atención Auditoría de Caso y Auditorías de registro emitidas}}$$

**Estándar: 80%**

## VII. RESPONSABILIDADES

La auditoría de la calidad de la atención en salud es un proceso sistemático y planificado que involucra al comité de auditoría médica, Comité de Auditoría en Salud y al Departamento de Normatividad, cada uno con responsabilidades claramente definidas para asegurar la mejora continua de los servicios de salud.

**Responsabilidades del Comité de Auditoría Médica y del Comité de Auditoría en Salud**  
El Comité de Auditoría Médica es responsable de realizar Auditorías de caso a solicitud de la Jefatura, así como de evaluar la adherencia a las guías de práctica con otros médicos designados del Departamento involucrado.

El Comité de Auditoría en Salud, por su parte, se encarga de las auditorías de registro en los diferentes servicios (hospitalización, emergencia, consulta externa) y de las auditorías de caso que involucren personal no médico.

Ambos comités comparten la responsabilidad de velar por la calidad de la atención y de emitir recomendaciones específicas para la mejora de los procesos y servicios involucrados.

**Enfoque en las Recomendaciones y Seguimiento.** Tras la realización de las auditorías, los comités ponen especial énfasis en la emisión de recomendaciones dirigidas a los servicios evaluados.

Estas recomendaciones buscan corregir desviaciones, y promover la mejora continua de la atención brindada.

El Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos es responsable de monitorear el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por los comités de auditoría a las distintas Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS).

Este seguimiento se realiza dentro de los plazos establecidos y se reporta periódicamente para asegurar la implementación efectiva de las mejoras propuestas.

### Flujo de Información y Supervisión

El personal asistencial designado por los jefes de servicio realiza la evaluación mensual de la adherencia a las GPC y elabora informes que son remitidos tanto a la jefatura del servicio como al Comité de Auditoría Médica y a DNCC.

Los informes consolidados son revisados y validados por los comités, quienes los elevan al Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos y este Departamento lo eleva a Dirección General del Instituto, asegurando así la trazabilidad y el control de las acciones correctivas y preventivas.

Finalmente, el Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos supervisa y monitorea el cumplimiento de la implementación de las recomendaciones, garantizando la mejora continua de la calidad de la atención en salud.

Esta estructura organizativa y de responsabilidades asegura que la auditoría de la calidad de la atención en salud sea un proceso integral, orientado a la transparencia, la mejora constante y la rendición de cuentas en todos los niveles del establecimiento de salud.



## VIII. ANEXOS

- ANEXO N° 01:** ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES
- ANEXO N°02:** MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES
- ANEXO N° 03:** MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA
- ANEXO N° 04:** MATRIZ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES
- ANEXO N° 05:** MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO
- ANEXO N° 06:** FICHAS DE INDICADORES
- ANEXO N°07:** ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA (AUDITORÍA PROGRAMADA).
- ANEXO N°08:** ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA (AUDITORÍA DE CASO).

## ANEXO N° 01: ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

### 1. **Acto Médico:**

Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

### 2. **Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:**

Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:

La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas;

La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.

***“La Auditoria de Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos”***

### 3. **Auditoría Médica:**

Tipo de auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

### 4. **Auditoría en Salud:**

Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud sobre el proceso de atención realizada o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia u otros) es llevada a cabo por profesionales de salud capacitados y formados para realizar la auditoría de la calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

### 5. **Auditoría Programada:**

Tipo de auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar las atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidas en el Plan Anual.

### 6. **Auditoría de Caso:**

Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es análisis de causa raíz.

## 7. **Principios de Auditoría:**

La auditoría de la calidad de atención tiene por principio fundamental buscar la mejora continua. En ninguna circunstancia el auditor de la calidad de la atención en salud está facultado para emitir pronunciamientos que establezcan responsabilidades medico legales o recomendaciones punitivas.

Su fundamento debe constar de lo siguiente:

- Objetividad
- Equidad
- Racionalidad técnico científica
- Imparcialidad
- Confiabilidad
- Evaluación del medio

## 8. **Auditoría de Gestión Clínica:**

Una modalidad de auditoría de gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que pueden 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 el aspecto individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.

## 9. **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.

## 10. **Calidad de la Atención:**

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

## 11. **Evento Adverso:**

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

## 12. **Evento Centinela:**

Aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

## 13. **Evaluación de la Calidad del Registro:**

Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la historia clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, obstetricia, odontología, de tecnología médica y otros según corresponda. Constituye una de las herramientas para la auditoría de gestión clínica.

Para la realización de la evaluación de calidad de los registros asistenciales consideradas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención, se tomará en cuenta una distribución



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Despacho Ministerial

Instituto Nacional  
de Enfermedades  
Neoplásicas



proporcional según los datos de morbilidad y producción del año previo, así como principalmente los servicios de mayor riesgo, los servicios de mayor producción o los que tuvieran como antecedentes mayor número de quejas, reclamos o denuncias.

La evaluación se realiza a través de un formato preestablecido de acuerdo al formato recomendado por la NTS N° 029. Vol. 02. "Norma técnica de Salud de Auditoría de Calidad de Atención "con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de Salud.

**14. Guías de Práctica Clínica:**

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 a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.





Ministerio  
de Salud

Despacho Ministerial

Instituto Nacional  
de Enfermedades  
Neoplásicas



ANEXO N° 03

MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA (OBJETIVO ESPECÍFICO OE 01)

ACTIVIDAD	TAREA	FUENTE FINANCIAMIENTO	DE CLASIFICADOR DE GASTO	DE DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	MONTO TOTAL S/.	ÓRGANO INVOLUCRADO
OBJETIVO ESPECÍFICO 01: Ejecutar auditorías de calidad en los servicios de salud del INEN, orientadas al mejoramiento de la efectividad y eficiencia en la atención brindada a los pacientes.								
ACTIVIDAD N° 01.01: ACTIVIDAD N° 01.01: Planificación de actividades para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el año 2025 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Tarea 01.01.01: Elaboración del Plan de Auditoría de Calidad de Atención en salud 2025 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	-	-	-	-	-	-	CAS CAM DNCC
	Tarea 01.01.02: Aprobación con Resolución Jefatural del Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud 2025	-	-	-	-	-	-	JEFATURA INSTITUCIONAL
	Tarea 01.01.03 Socialización del Plan de Auditoría de Atención en Salud 2025	-	-	-	-	-	-	CAS CAM DNCC
	Tarea 01.01.04 Asistencia Técnica del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos a los integrantes del Comité de Auditoría Médica.	-	-	-	-	-	-	CAS CAM DNCC
	Tarea 01.01.05 Asistencia Técnica del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos a los integrantes del Comité de Auditoría en Salud.	-	-	-	-	-	-	CAS CAM DNCC
ACTIVIDAD N° 01.02: ACTIVIDAD N° 01.02: Promocionar la auditoría de adherencia de las Guías de las Prácticas Clínicas mediante en los profesionales de salud de la Institución	Tarea 01.02.01: 1. Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica en las diferentes UPSS a través de la revisión de historias clínicas seleccionadas al azar, realizado por el Departamento de Normatividad, Calidad y Control de Servicios Oncológicos	-	-	-	-	-	-	CAM DNCC
	Tarea 01.02.02. Realización del informe con las recomendaciones del Resultado de la Auditoría de la adherencia a las guías de prácticas clínicas	-	-	-	-	-	-	CAM DNCC
ACTIVIDAD N° 01.03: Implementación de Auditorías de la Calidad de Atención en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, impulsando la cultura de mejora continua en los profesionales de salud	Tarea 01.03.01: Realización de Auditorías de Calidad de Atención en Salud (Auditoría Médica o Auditoría en Salud) a demanda a cargo de los Comités de Auditoría del INEN (Auditoría Médica y Auditoría en Salud)	-	-	-	-	-	-	CAS CAM
	Tarea 01.03.02: Realización de Auditorías de Caso a solicitud de la Jefatura Institucional a cargo de los Comités de Auditoría del INEN (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).	-	-	-	-	-	-	CAS CAM
TOTAL, PRESUPUESTO S/.					-	-	-	-



**ANEXO N° 03  
MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA (OBJETIVO ESPECÍFICO OE 02)**

OBJETIVO ESPECÍFICO 02:	Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en materia de auditoría de la calidad, promoviendo capacidades para la gestión y mejora continua de los servicios.									
ACTIVIDAD	TAREA	FUENTE FINANCIAMIENTO	DE	CLASIFICADOR DE GASTO	DE	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	MONTO TOTAL S/.	ÓRGANO INVOLUCRADO
ACTIVIDAD N° 02.02: Promoción del 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	Tarea 02.02.01 Realización del un cronograma de Evaluación de Calidad de Registro para el monitoreo y evaluación de los formatos de Historia Clínica en las distintas UPSS y monitorear su cumplimiento.	-		-		-	-	-	-	CAM CAS DNCC
	Tarea 02.02.02. Evaluación de los resultados de la Auditoría de Calidad de Registro de Historias Clínicas de las UPSS de Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.	-		-		-	-	-	-	CAM CAS DNCC
	Tarea 02.02.03. Capacitación a los profesionales de la salud 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.	-		-		-	-	-	-	CAM
ACTIVIDAD N° 03.02: Difusión la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 a los diferentes órganos y unidades orgánicas del INEN	Tarea 03.02.01: Socialización de la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, vía documento circular a los Jefes de Servicios, Directores de Departamento y Directores Generales.	-		-		-	-	-	-	CAM
	Tarea 03.02.02: . Reuniones de manera programada con los diferentes Servicios, Departamentos o Direcciones para exponer la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02	-		-		-	-	-	-	CAM
<b>TOTAL, PRESUPUESTO S/.</b>							-	-	-	-



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Ministerial

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



**ANEXO N° 03  
MATRIZ DE PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES SEGÚN TAREA (OBJETIVO ESPECÍFICO OE 03)**

OBJETIVO ESPECÍFICO 03:		Monitorear y evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, con enfoque en resultados y sostenibilidad institucional.							
ACTIVIDAD	TAREA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	CLASIFICADOR DE GASTO	DE	DESCRIPCIÓN DEL BIEN O SERVICIO	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	MONTO TOTAL S/.	ÓRGANO INVOLUCRADO
ACTIVIDAD N° 03.01: : Monitoreo de las recomendaciones realizadas en los informes de Auditoría realizadas por el Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud	Tarea 03.01.01: Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes de las Auditorías de Calidad y Auditorías de Caso realizadas	-	-		-	-	-	-	DNCC
	Tarea 03.01.02: Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones realizadas en los informes trimestrales de la Evaluación de Calidad de registro realizadas	-	-		-	-	-	-	DNCC
	Tarea 03.01.03: 3. Monitoreo del cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN-2025	-	-		-	-	-	-	DNCC
TOTAL, PRESUPUESTO S/.						-	-	-	-





### ANEXO N° 05: MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

DECLARACION DEL OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	VALOR BASE		META PROGRAMADA			META EJECUTADA			FUENTE DE INFORMACION	RESPONSABLES
			AÑO	UND. MEDIDA	2025	2026	2027	2025	2026	2027		
<p>Objetivo General:</p> <p>Fortalecer la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, mediante la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad por parte de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conforme a los principios de universalidad, calidad óptima, oportunidad y ética.</p>	Porcentaje de cumplimiento Auditoría de la calidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Auditoría la Calidad de atención Ejecutados} \times 100}{\text{Total, de Auditoría de la Calidad programados}}$	0	PORCENTAJE	80%							<ul style="list-style-type: none"> <li>• FUENTE PROPIA</li> <li>• COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA</li> <li>• COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD</li> <li>• DNCC</li> </ul>
<p>Objetivo específico 01:</p> <p>Ejecutar auditorías de calidad en los servicios de salud del INEN, orientadas al mejoramiento de la efectividad y eficiencia en la atención brindada a los pacientes</p>	Porcentaje de cumplimiento de informes de evaluación de Auditoría de la calidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes de Evaluación de Auditoría la Calidad de atención y Auditoría de Caso Ejecutados} \times 100}{\text{Total, de Informes de Evaluación de Auditoría de la Calidad y Auditoría de Caso programados}}$	0	PORCENTAJE	80%							<ul style="list-style-type: none"> <li>• FUENTE PROPIA</li> <li>• COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA</li> <li>• COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD</li> <li>• DNCC</li> </ul>
<p>Objetivo específico 02:</p> <p>Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en materia de auditoría de la calidad, promoviendo capacidades para la gestión y mejora continua de los servicios.</p>	Porcentaje de cumplimiento de informe de Evaluación de Calidad de Registro	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes de Evaluación de Auditoría de la Calidad de Registro Realizados} \times 100}{\text{Total, de Informes de Evaluación de Auditoría de la Calidad de Registro Programados}}$	0	PORCENTAJE	>80%							<ul style="list-style-type: none"> <li>• FUENTE PROPIA</li> <li>• COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA</li> <li>• COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD</li> <li>• DNCC</li> </ul>
<p>Objetivo Especifico.03.</p> <p>Monitorear y evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, con enfoque en resultados y sostenibilidad institucional.</p>	Porcentaje de cumplimiento de informes de evaluación de Auditoría de la calidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recomendaciones de las Auditorías de la Calidad Atención, Auditorías de Caso y Auditorías de Registros implementadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de recomendaciones de las Auditorías de la Calidad Atención, Auditorías de Caso y Auditorías de Registros emitidas}}$	0	PORCENTAJE	80%							<ul style="list-style-type: none"> <li>• FUENTE PROPIA</li> <li>• DNCC</li> </ul>

**ANEXO N° 06: FICHAS DE INDICADORES**

**A) FICHA DE INDICADOR DE OBJETIVO GENERAL:** Fortalecer la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, mediante la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad por parte de las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, conforme a los principios de universalidad, calidad óptima, oportunidad y ética.

NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento Auditoría de la calidad	
TIPO DE INDICADOR		Eficacia	
OBJETIVO		Conocer la efectividad y eficiencia en el otorgamiento de la prestación de salud mediante la supervisión del cumplimiento de auditorías de calidad en las UPSS del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.	
DEFINICIÓN		Porcentaje de auditorías de calidad ejecutadas respecto a las auditorías programadas en el periodo, reflejando el grado de cumplimiento del plan de auditoría para asegurar la calidad, oportunidad y ética en la atención..	
UTILIDAD		Permite evaluar la efectividad en la ejecución del plan de auditoría de calidad, facilitando la identificación de brechas y la toma de decisiones para mejorar la calidad de atención en salud..	
FÓRMULA DEL INDICADOR		$\frac{\text{N° de Auditoría la Calidad de atención Ejecutados} \times 100}{\text{Total, de Auditoría de la Calidad programados}}$	
PERIODICIDAD		Anual	
VALOR DE BASE		<b>AÑO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
		0	porcentaje
VALOR ESTANDAR		80%	
VALOR ESPERADO	2025	80%	
VALOR UMBRAL		75%	
FRECUENCIA DE MEDICIÓN		Anual	
FUENTE DE DATOS		FUENTE DE DATOS PROPIOS	
ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA		Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)	
ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN		Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)	
PRECISIONES TÉCNICAS		Se considera auditorias programadas a las auditorias comprendidas en el plan de Auditoría con los requisitos de calidad y plazos definidos en la planificación anual de auditoría.	



**B) FICHA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESPECIFICO OE01** Ejecutar auditorías de calidad en los servicios de salud del INEN, orientadas al mejoramiento de la efectividad y eficiencia en la atención brindada a los pacientes.

NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento de informes de evaluación de Auditoría de la calidad	
TIPO DE INDICADOR		Eficacia	
OBJETIVO		Conocer el cumplimiento en la entrega y/o presentación de los informes de evaluación de auditoría de la calidad conforme a lo programado.	
DEFINICIÓN		Relación porcentual entre el número de informes de evaluación de auditoría de la calidad entregados respecto al número total de informes programados en el periodo de medición.	
UTILIDAD		Permite monitorear el grado de cumplimiento de la planificación de auditoría de la calidad, identificar desviaciones y tomar acciones de mejora.	
FÓRMULA DEL INDICADOR		$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes de Evaluación de Auditoría la Calidad de atención y Auditoría de Caso Ejecutados} \times 100}{\text{Total, de Informes de Evaluación de Auditoría de la Calidad y Auditoría de Caso programados}}$	
PERIODICIDAD		Anual	
VALOR DE BASE		<b>AÑO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
		0	porcentaje
VALOR ESTANDAR		80%	
VALOR ESPERADO	2025	80%	
VALOR UMBRAL		75%	
FRECUENCIA DE MEDICIÓN		Anual	
FUENTE DE DATOS		Reportes del sistema de gestión de auditoría, registros de informes entregados y programación anual de auditoría.	
ÁREA TÉCNICA	RESPONSABLE	Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)	
ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN		Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)	
PRECISIONES TÉCNICAS		Se considera informe entregado aquel que cumpla con los requisitos de calidad y plazos definidos en la planificación anual de auditoría.	



- C) **FICHA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESPECIFICO OE 02** Fortalecer las competencias técnicas del personal de salud en materia de auditoría de la calidad, promoviendo capacidades para la gestión y mejora continua de los servicios.

NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de cumplimiento de informe de Evaluación de Calidad de Registro	
TIPO DE INDICADOR	Proceso		
OBJETIVO	Conocer el cumplimiento de los informes		
DEFINICIÓN	Relación porcentual entre el número de informes de evaluación de calidad de registro entregados y el número total de informes programados en el periodo de medición		
UTILIDAD	Permite monitorear el grado de cumplimiento en la entrega de informes de evaluación de calidad de registro, identificar desviaciones y tomar acciones de mejora.		
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{Nº de Informes de Evaluación de Auditoría de Calidad de Registro realizados} \times 100}{\text{Total de Informes de Evaluación de Auditoría de Calidad de Registro programados}}$		
PERIODICIDAD	Anual		
VALOR DE BASE	AÑO	UNIDAD DE MEDIDA	
	0	porcentaje	
VALOR ESTANDAR	>80%		
VALOR ESPERADO   2025	80%		
VALOR UMBRAL	75%		
FRECUENCIA DE MEDICIÓN	anual		
FUENTE DE DATOS	Informes de evaluación de calidad de registro,		
ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA	Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)		
ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN	Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)		
PRECISIONES TÉCNICAS	Se considera informe cumplido aquel que cumpla con los requisitos definidos y sea entregado en plazo. Solo se considerarán completos los informes que cuenten con todos los contenidos mínimos definidos en el procedimiento respectivo		

**D) FICHA DE INDICADOR DE OBJETIVO ESPECIFICO OE 03** Monitorear y evaluar el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del INEN – 2025, con enfoque en resultados y sostenibilidad institucional

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento de informes de evaluación de Auditoría de la calidad</b>	
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Eficacia	
<b>OBJETIVO</b>	Medir el grado de cumplimiento en la entrega de informes de evaluación de auditoría de la calidad conforme a lo programado.	
<b>DEFINICIÓN</b>	Porcentaje que representa la relación entre el número de informes de evaluación de auditoría de calidad entregados y el número total de informes programados en el periodo.	
<b>UTILIDAD</b>	Permite evaluar la eficiencia y cumplimiento del proceso de auditoría de calidad, facilitando la identificación de retrasos o incumplimientos para tomar acciones correctivas	
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	$\frac{\text{N° de recomendaciones de las Auditorías de Calidad de Atención Auditorías de Caso y Auditorías registro Implementadas} \times 100}{\text{N° de recomendaciones de las Auditoría de Calidad de Atención Auditoría de Caso y Auditorías de registro emitidas}}$	
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual	
<b>VALOR DE BASE</b>	<b>AÑO</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>
	0	porcentaje
<b>VALOR ESTANDAR</b>	80%	
<b>VALOR ESPERADO</b>	2025	80%
<b>VALOR UMBRAL</b>	80%	
<b>FRECUENCIA DE MEDICIÓN</b>	Anual	
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro del Sistema de Gestión de Auditoría. Informes de Auditoría entregados programación anua de auditoria.	
<b>ÁREA RESPONSABLE TÉCNICA</b>	Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)	
<b>ÓRGANO RESPONSABLE DE INFORMACIÓN</b>	Comité de Auditoría Médica (CAM) Comité de Auditoría en Salud (CAS) Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos (DNCC)	
<b>PRECISIONES TÉCNICAS</b>	Se considera informe cumplido aquel entregado dentro del plazo y que cumpla con los requisitos de calidad establecidos	



## ANEXO N° 07: ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORIA (AUDITORIA PROGRAMADA)

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

**(Auditoría Programada)**

Auditoría N° -XXXXX-20...

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

1. ANTECEDENTES: Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA: Indicar qué documento originó la realización de la auditoría.
3. TIPO DE AUDITORÍA: clasifica a la Auditoría según el numeral 5.5.
4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención brindada al paciente XX, en el establecimiento XX del día/mes/año al día/mes/año)
5. METODOLOGÍA: Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.
6. INFORMACIÓN CLÍNICA: Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
7. HALLAZGOS: Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:
  - Sumilla.
  - Condición.
  - Criterio.
8. CONCLUSIONES: La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.
9. RECOMENDACIONES: Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. FIRMAS: Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. ANEXOS.

