



Resolución Directoral

Lima, 03 de Marzo.... de 2025

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 07465-2025, que contiene, entre otros, el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025", del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", cuya finalidad es contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, a través de Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, del 30 de mayo del 2006, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías de los procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, de fecha 05 de julio de 2021, se aprobó las Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la misma que en su numeral 6.1.4, señala entre los tipos de documentos normativos, al Documento Técnico, cuya finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general, basado en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documentada, y respaldado por las normas vigentes que corresponden. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento, dentro de los cuales se encuentran los planes de diversa naturaleza;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, se aprobó la Directiva Administrativa N° 326 -MINSA/OGPPM-2022: "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir al logro de los objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud (MINSA), que se orienten a lograr la operatividad de las intervenciones sanitarias y administrativas relevantes;

Que, el artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es el órgano encargado de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital Nacional Dos de Mayo, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;

Que, el Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025, del Hospital Nacional Dos de Mayo", tiene como objetivo general, fortalecer la calidad de atención en salud, a través de la aplicación



de la Auditoría en los diferentes departamento y servicios asistenciales y administrativos del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Que, a foja 16 del precitado proyecto de Documento Técnico, obra el Anexo N° 05: Presupuesto Requerido, el mismo que señala un total del costo de la actividad S/. 00.00, razón por la cual se colige que la ejecución de dicho plan no irrogara gasto presupuestal a la entidad para su cumplimiento;

Que, mediante Nota Informativa N° 39-2025-HNDM/OGC, de fecha 25 de febrero de 2025, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, remite el Informe N° 15-2025-HNDM/OGC, a través del cual emite su opinión técnica sustentatoria, respecto al Documento Técnico: "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025", del Hospital Nacional "Dos de Mayo", concluyendo que el citado plan propuesto es una herramienta necesaria para organizar y programar actividades de auditoría cuyo fin es promover la mejora continua de las prestaciones que brindan los servicios de salud en el Hospital;

Estando a lo propuesto por la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo" y la Resolución Ministerial N° 0886-2023/MINSA, de fecha 15 de setiembre de 2023, que designa temporalmente al Director de Hospital III (CAP-P N° 001), de la Dirección General del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2025", DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO", el que en diecinueve (19) fojas, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad difunda, haga el seguimiento, evalúe y ejecute, informando a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de manera trimestral, semestral y anualmente, los avances del "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025, del Hospital Nacional Dos de Mayo", aprobado por la presente resolución.

Artículo 3°.- Disponer que, el Jefe de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución publique la presente Resolución Directoral en el portal Institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

Regístrese, comuníquese y publíquese;



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
M. C. VÍCTOR RAFAEL GONZÁLES PÉREZ
DIRECTOR GENERAL - DIRECCIÓN GENERAL

VRGP/JEVT/DLPA/dlpa

- C.c.:
- Dirección General.
 - Dirección Adjunta.
 - Org. de Control Institucional.
 - Ofic. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
 - Ofic. Gestión de la Calidad.
 - Ofic. Asesoría Jurídica.
 - Ofic. Estadística e Informática.
 - Archivo.



INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	2
II.	FINALIDAD.....	2
III.	OBJETIVOS.....	3
IV.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
V.	BASE LEGAL.....	3
VI.	CONTENIDO	4
	6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	4
	6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUDITORÍA EN LA INSTITUCIÓN.....	7
	6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI.....	8
	6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.....	9
	6.5. PRESUPUESTO:.....	9
	6.6. FINANCIAMIENTO:.....	10
	6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	10
VII.	RESPONSABILIDADES	10
VIII.	ANEXOS:.....	10
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	19



DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2025 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

I. INTRODUCCIÓN

Se entiende por Auditoría de la Calidad a un proceso sistemático y documentado con la finalidad de obtener evidencias y evaluarlas objetivamente y contrastarlas con los criterios de auditoría. En el alcance de este marco teórico, la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud identifica oportunidades que conllevan a mejorar la atención de los pacientes; así mismo, facilita el cambio hacia una práctica de la medicina basada en evidencias (MBE) mediante la aplicación y el uso de las guías de práctica clínica y, paralelamente, trata de encausar y homogenizar el manejo clínico dentro de un marco ético-legal¹.

Bajo esta premisa, la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud es un proceso que se encuentra inmerso en el componente de Garantía y Mejora del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud², del cual se derivan las políticas, principios, objetivos y estrategias que orientan los esfuerzos para alcanzar la calidad en salud.

Consecuentemente, el Ministerio de Salud, aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud"³, la cual define a la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud como el procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud, de parte de los profesionales de la salud, y que tiene como principio fundamental la mejora continua de las atenciones en salud.

Finalmente, el Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en el numeral VI.1, subnumeral 8, define al Plan Anual de Auditoría, como aquel "Plan que detalla las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en el cual se establecen las auditorías de oficio que a lo largo del año desarrollarán los diferentes Comités de Auditoría (Central y de los Departamentos, Servicios o Unidades)".

La Auditoría de la Calidad de Atención en Salud identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, constituyéndose en una herramienta fundamental para la toma de decisiones. Entendiendo que la auditoría de la calidad no es un proceso estático; sino, un proceso dinámico que se encuentra permanentemente retroalimentándose y en mejora continua, por lo cual se elabora el presente Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

A la fecha el Hospital Nacional "Dos de Mayo" cuenta con los Comités de Auditoría Médica (CAM) y el de Auditoría en Salud (CAS), conformados mediante la Resolución Directoral N° 038-2024/D/HNDM.

II. FINALIDAD.

Promover la Mejora Continua de las prestaciones que brindan los servicios de salud en el Hospital Nacional "Dos de Mayo"



¹ RM N° 601-2007/MINSA que aprueba el "Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

² RM N° 519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

³ RM N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".

III. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer la calidad de atención en salud a través de la aplicación de la Auditoría en los diferentes departamentos y servicios asistenciales y administrativos del Hospital Nacional "Dos de Mayo"

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y oficinas.
- Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Fortalecer las competencias del personal en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del año 2025 es de aplicación institucional.

V. BASE LEGAL.

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y sus modificatorias.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas.
- Decreto Legislativo N° 1306 que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas
- Decreto Supremo N.º 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, aprueba el "Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su modificatoria.
- Decreto Supremo N.º 026-2020-SA, que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, País Saludable".
- 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° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 090-2022/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 326-MINSA/OGPPM-2022, "Directiva Administrativa para la Formulación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N.º 064-2025/MINSA, que aprueba el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2025 – 2030 ampliado del Ministerio de Salud.
- Resolución Directoral N.º 038-2024/D/HNDM, que conforma el Comité de Auditoría en Salud (CAS) – 2024 y Comité de Auditoría Médica (CAM) – 2024, del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- Resolución Directoral N.º 070-2024/D/HNDM, que, en su Artículo 1º oficializa la conformación de los Equipos de Auditoría Médica (CAM) - 2024 y en su Artículo 2º oficializa la conformación de los equipos de Auditoría en Salud, adscritos al Comité de Auditoría en Salud (CAS) – 2024, del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO

6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra. Situación potencialmente indeseada.

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

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 el análisis de causa raíz.

Auditoría 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; y la propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas. La auditoría de la calidad de la atención en salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

Auditoría en Salud: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la



atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

Auditoría Dirimente: Tipo de auditoría de la calidad de la atención en salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad en Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como auditoría de Caso y es externa.

Auditoría Externa: Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.

Auditoría Interna: Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una determinada atención que se realizó en el lugar.

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 cumplimiento de procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

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

Auditoría Regular/Ordinaria: Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que se evalúa la calidad de atención brindada.

Causa: Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Equipo encargado de llevar a cabo las auditorías y está integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.

Comité de Auditoría en Salud: Constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorías en Salud contenidas en el plan anual de auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del Establecimiento, o su equivalente. El Comité de Auditoría de Atención en Salud no depende de ningún departamento o servicio asistencial.

Comité de Auditoría Médica: Constituido por profesionales médicos del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorías Médicas contenidas en el plan anual de auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del Establecimiento, o su equivalente. El Comité de Auditoría Médica no depende de ningún departamento o servicio asistencial.

Conclusión: Juicio de carácter profesional basado en hechos objetivos y aprobados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.

Condición: Descripción de hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

Consentimiento Informado: Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en



forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

Criterio: Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

Evaluación de calidad de registro: Verificación seriada o muestra de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Caso.

Evidencia de la auditoría: Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.

Fuentes para Auditoría: Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia. Además, se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.

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

Hallazgos de Auditoría: Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.

Historia clínica (HC): Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.

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

Médico tratante: Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.

No conformidad: Incumplimiento de un criterio en auditoría.



Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 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.

Recomendaciones: Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quien, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.

Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Es el documento en el cual se comunican al Director del Establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud de acuerdo al modelo incluido en la norma de auditoría médica.

Riesgo: Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

Sumilla: Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoría.

6.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA AUDITORÍA EN LA INSTITUCIÓN.

El Hospital Nacional "Dos de Mayo", es un establecimiento de salud nivel III-1, con una disponibilidad de atención hospitalaria a la fecha, de aproximadamente 514 camas y en consulta externa y emergencia está aproximándose al número de atenciones prepandemia.

Para el control de la calidad de atención de salud se viene realizando la auditoría en sus diferentes tipos, como es la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas, la auditoría de procesos, la auditoría de caso, entre otros. Se han conformado comités y equipos de auditoría con personal multidisciplinario de los diferentes servicios. En el último año, en la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas se auditaron 607 historias clínicas, de las cuales el 25% tuvo una calificación de Satisfactoria, el 53% por mejorar, y 22% deficiente.

Asimismo, se realiza la medición de la adherencia a las guías de práctica clínica y guías de procedimientos vigentes aprobados con Resolución Directoral, sin embargo, encontramos que una de las barreras es no contar con guías actualizadas de las principales patologías. El porcentaje de adherencia alcanzada es de 94.3%, entre los Departamentos que la realizan.

Con toda la información recopilada, se viene trabajando en el seguimiento de las recomendaciones, en la búsqueda de la mejora de la calidad.

6.2.1. Antecedentes

En el Hospital Nacional "Dos de Mayo" se viene implementando la auditoría como herramienta de calidad desde el año 2008, a través de la Calidad de Registro.

La auditoría ha contribuido a crear una cultura de calidad para la atención de los pacientes, analizando y evaluando los registros de la historia clínica, además de brindar oportunidades de mejora, las que han contribuido a la atención de los pacientes.

6.2.2. Problema

Las frecuentes quejas y el incumplimiento de la aplicación de las normas vigentes en la atención de los pacientes, que se evidencian en la evaluación de los



procesos, el registro de las historias clínicas que pueden influir en los indicadores de calidad, y los reclamos que pueden involucrar la percepción de la calidad de la atención. Por lo que crea la necesidad de mantener la auditoría, proceso sistemático y continuo de la evaluación del cumplimiento de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, a fin de alcanzar la mejora continua.

6.2.3. Causas del Problema

Entre las causas del problema se encuentran:

Incumplimiento de las normas relacionadas a la gestión de la historia clínica, los eventos adversos relacionados con la prescripción, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, anestesiológicos, la colocación de dispositivos, así como la falta de información de parte del profesional de la salud al paciente y/o familiares y su evidencia en el registro de las historias clínicas.

La falta de la actualización de las Guías Técnicas institucionales, limita la verificación de la adherencia, la estandarización y el cumplimiento de enfoques y protocolos para el manejo de las diferentes patologías.

6.2.4. Población o entidades objetivo

El personal del Hospital Nacional "Dos de Mayo" de los diferentes servicios médicos asistenciales y de apoyo, que realizan registros en la historia clínica de los pacientes o usuarios.

6.2.5. Alternativas de Solución

Entre las alternativas de solución se encuentran:

- Realización frecuente de auditorías por pares, en los diferentes servicios asistenciales y de apoyo.
- Contar con Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos, de las patologías más frecuentes y las más relevantes por su complejidad o morbimortalidad, por especialidad y por etapa de vida y de acuerdo a nuestro nivel de atención.
- Velar por el cumplimiento, por parte de las jefaturas y el personal de los servicios involucrados, de las recomendaciones emanadas de los hallazgos de las auditorías realizadas.
- Fortalecer la cultura de calidad en el personal de la institución.

6.3. ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA CON LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

Este Documento se articula con el Objetivo Estratégico Institucional 03 (OEI.03) Contribuir al acceso a servicios de salud eficaces y de calidad de la población del país

Asimismo, articula con la Actividad Estratégica Institucional 03.01 (AEI.03.01) Servicios de salud con capacidad resolutive mejorada organizados en Redes Integradas de Salud para la atención integral a la población

Se articula con la AOI00014400343 Acciones para el fortalecimiento de la garantía de la calidad en salud a través de la auditoría, del Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2025 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

Ver anexo N° 01: Matriz de Articulación Estratégica y Operativa del Plan.



6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.

OE1: Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Elaboración y aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025.
- Difusión del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2025.
- Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud 2025.
- Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría

OE2: Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y oficinas.

- Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes (de los últimos 3 años).
- Medir la adherencia a las GPC de las patologías y a las Guías de Procedimientos priorizados en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia.
- Asesorar en la formulación de documentos técnicos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.

OE3: Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Realizar Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Coordinar con el Comité de Auditoría Médica para la realización de la Auditoría de Caso.
- Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.

OE4: Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Difusión de la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", aprobada con Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA.
- Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.

El Anexo N° 02 muestra la Matriz de programación de Metas Físicas y Presupuestales donde se indican las metas, unidades de medida, el cronograma y los responsables y en el Anexo N° 03 los Indicadores que permitirán la evaluación de los objetivos

6.5. PRESUPUESTO:

Las actividades de auditoría implican participación institucional, por lo que muchas actividades tienen presupuesto en diferentes UPS y UPSS. Entonces, para generar productos básicamente documentarios, la Oficina de Gestión de la Calidad requiere hojas bond, tinta para la impresora y fotocopias para los formatos, todo esto para los informes y reportes de auditoría.

No se requiere presupuesta adicional. (Ver anexo N° 05)



6.6. FINANCIAMIENTO:

Las actividades del presente plan, se financiarán con Recursos Ordinarios de la institución.

6.7. ACCIONES DE SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de las actividades propuestas en este plan e informará trimestralmente los avances a la Dirección General, Dirección Regional de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

VII. RESPONSABILIDADES

De la Dirección General:

- Brindar las facilidades para el cumplimiento del presente Plan.

De los Jefes de Departamentos/Servicios/Oficinas

- Supervisar el cumplimiento del presente plan.
- Implementar las recomendaciones realizadas en los informes de auditoría.
- Elaboración y/o actualización de las Guías Técnicas: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Guías de intervención u otros.

De los Comités y equipos de Auditoría por Departamento:

- Realizar las auditorías programadas y no programadas.

Del personal asistencial

- Cumplir con las recomendaciones de las actividades de auditoría durante el desarrollo del presente Plan.

VIII. ANEXOS:





ANEXO N° 01

MATRIZ DE ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA DEL PLAN

Marco Estratégico		Estructura programática y operativa				Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal		
OEI.03 Contribuir al acceso a servicios de salud eficaces y de calidad de la población del país.	AEI.03.08 Programa de mejoramiento continuo de la calidad de las atenciones en salud, eficientes, oportunas y sostenibles, en los servicios de salud.	Gestión - Acciones para el Fortalecimiento de Garantía de la Calidad en Salud a través de la Auditoría	9001 ACCIONES CENTRALES	39999999 SIN PRODUCTO	500003 Gestión Administrativa	Fortalecer Calidad de Atención en salud a través de la Auditoría en los diferentes departamentos y servicios asistenciales y administrativos del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud. Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

ANEXO N.º 02:

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS					Responsable
			I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Meta Física Anual	
Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Resolución Directoral	1					Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
	Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Memorándum Correo Electrónico	1					Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Informe	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad
	Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	Resolución Directoral	1				1	Dirección General
Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe		1				Oficina de Gestión de la Calidad
	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	Informe	1	1	1	1	4	Departamento Asistenciales
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Informe		1				Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	1	1	1	1	4	Comités de Auditoría de los Departamentos
Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe	1					Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe	1	1	1	1	4	Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Correo Electrónico	1					Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada		20				Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 02 – B

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)					Responsable					
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre		II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Total, Presupuesto (S/)	
Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Resolución Directoral					S/. 00.00					S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad Dirección General
	Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Memorándum Correo Electrónico					S/. 00.00					S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Informe					S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.	Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	Resolución Directoral					S/. 00.00					S/. 00.00	Dirección General
	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe										S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	Informe										S/. 00.00	Departamento Asistenciales
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Informe										S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe										S/. 00.00	Comités de Auditoría de los Departamentos
Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe					S/. 00.00					S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe					S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00		S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Correo Electrónico					S/. 00.00					S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada										S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
TOTAL PRESUPUESTO S/.											S/. 00.00		



ANEXO N° 03
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE METAS FISICAS Y PRESUPUESTALES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	Actividad	Unidad de medida	PROGRAMACIÓN DE METAS FISICAS				PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)					
			I SEMESTRE		II SEMESTRE		I SEMESTRE		II SEMESTRE			
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado		
Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Resolución Directoral	1				1	S/. 00.00				S/. 00.00
	Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Memorándum Correo Electrónico	1				1	S/. 00.00				S/. 00.00
	Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Informe	2	2			4	S/. 00.00	S/. 00.00			S/. 00.00
	Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	Resolución Directoral	1				1	S/. 00.00				S/. 00.00
Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe	1				1	S/. 00.00				S/. 00.00
	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	Informe	2	2			4	S/. 00.00	S/. 00.00			S/. 00.00
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	Informe	1	1			2	S/. 00.00	S/. 00.00			S/. 00.00
Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	2	2			4	S/. 00.00	S/. 00.00			S/. 00.00
	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe	1				1	S/. 00.00				S/. 00.00
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	Informe	2	2			4	S/. 00.00	S/. 00.00			S/. 00.00
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	Correo Electrónico	1				1	S/. 00.00				S/. 00.00
	Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada	20				20	S/. 00.00				S/. 00.00



ANEXO N° 04

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Declaración de Objetivos	Indicador		Unidad de medida	Meta programada	Fuente de Información	Responsable
	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador				
Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos.	Porcentaje de disponibilidad de GPC y/o GPROC para los procesos de atención por departamentos para las cinco primeras causas priorizadas	N° de Departamento que disponen de GPC y/o GPROC, de las cinco primeras causas priorizadas x 100	Porcentaje	50%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	N° total de Departamentos x 100	Porcentaje	>80%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Porcentaje de cumplimiento de adherencia por guía evaluada	Sumatoria de porcentaje de adherencia a Guía evaluada por patología x 100	Porcentaje	>80%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con calificación satisfactoria	N° total de historias evaluadas por patología x 100	Porcentaje	55%	Informe	Comités y Equipos de Auditoría Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Porcentaje de recomendaciones implementadas a través de informes de auditorías	N° recomendaciones implementadas x 100	Porcentaje	55%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
	Personal capacitado/entrenado en auditoría de calidad de la atención en salud	N° recomendaciones de las auditorías	Persona capacitada	20	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad

Documento Técnico: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2024
Hospital Nacional "Dos de Mayo"

ANEXO N° 05: Presupuesto Requerido

Objetivo Específico del Plan	Actividad Operativa	Costo de la Actividad
Implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	S/. 00.00
	Difusión del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	S/. 00.00
	Monitoreo del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	S/. 00.00
	Reestructuración o ratificación de los Comités de Auditoría	S/. 00.00
Promover el uso de Guías de Práctica Clínica y/o Procedimientos en los diferentes departamentos y oficinas.	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	S/. 00.00
	Medir la adherencia de GPC de las patologías prevalentes y de la Guías de Procedimiento en hospitalización/ Consulta externa/ Emergencia	S/. 00.00
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Listas de Verificación y Consentimientos Informados.	S/. 00.00
Evaluar la calidad de la atención a través de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	S/. 00.00
	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	S/. 00.00
	Seguimiento de la implementación de las recomendaciones.	S/. 00.00
Fortalecer las competencias en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Difusión de la Norma Técnica de Auditoría	S/. 00.00
	Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	S/. 00.00
Total		S/. 00.00

* El presupuesto considerado es un costo aproximado para los informes y reportes como son hojas para de impresión, tinta para la impresión, y copias de los formatos de auditoría.



ANEXO N° 06 METODOLOGÍA PARA LA SELECCIÓN DE MUESTRA

Metodología: Se utilizó la siguiente fórmula al tratarse de una Población Finita⁴.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 (P \cdot Q)}$$

Dónde:

- n: Tamaño de la muestra.
- Z: Valor de la variable estandarizada para el nivel de confianza deseado.
- P: Variabilidad positiva o probabilidad de aceptar/rechazar las hipótesis.
- Q: Variabilidad negativa.
- N: Tamaño de la Población.
- E: (E² es error al cuadrado).

Es en tal sentido, que se realizó el cálculo proporcional mediante el cual se determinó el tamaño de muestra, de acuerdo a lo siguiente:

a) En hospitalización:

Z: 95%
P: 50%
Q: 50%
N: 17679
E: 10%

$$\text{Dónde: } n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (19795)}{(5)^2 (14\ 221) + (1.96)^2 (50) (50)}$$

$$n = 96$$

b) En Consulta externa:

Z: 95%
P: 50%
Q: 50%
N: 94757
E: 10%

$$\text{Dónde: } n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (94757)}{(5)^2 (491533) + (1.96)^2 (50) (50)}$$

$$n = 94$$

c) En emergencia:

Z: 95%
P: 50%
Q: 50%
N: 190791
E: 10%

$$\text{Dónde: } n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (94757)}{(5)^2 (76\ 144) + (1.96)^2 (50) (50)}$$

$$n = 96$$

Por tanto, se realizará Auditoría de la Calidad de la Atención a 286 HC durante 2025.

⁴ NTS N° 029-MINSA/DGSP -V.01 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", aprobado con RM N° 474-2005/MINSA.



ANEXO N.º 07 COMITÉS DE AUDITORIA

- Comité de Auditoría Médica (CAM), integrado por:

M.C.	Rocío Fuentes RIVERA ALVARADO	Presidente
M.C.	Teresa Catherine ÑAUPARI RUIZ	Secretario de Actas
M.C.	Jessica LEGUIA LEGUIA	Vocal

- Comité de Auditoría en Salud (CAS), integrado por:

M.C.	Elard Johannes PAREDES MACEDO	Presidente
LIC.	Miriam Silvia ROJAS CASTILLO	Secretario de Actas
LIC.	Zoila Rosa MORENO GARRIDO	Vocal
LIC.	Deysi Yanet ROJAS QUISPE	Vocal

Aprobados mediante la Resolución Directoral N.º 038-2024/D/HNDM



IX. BIBLIOGRAFÍA

- OPS/OMS. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. 57º Consejo Directivo. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington 2019.
- Pacheco L F, Quimuña A, Velásquez J. Auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria en el Ecuador. Digital Publisher. Año 1 /nº 2/ Quito (Ecuador)/ Noviembre – Diciembre 2016.

