



Resolución Directoral

Lima, 01 de ABRIL de 2026

VISTO: El Expediente Administrativo Registro N° 10118-2026, que contiene, entre otros, el proyecto de documento normativo denominado Documento Técnico: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2026 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 aprueba 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 la 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 la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINS, se aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprueba 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 correspondan;

Que, con la Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, de fecha 25 de marzo de 2025, se aprueba la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025: Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos del Ministerio de Salud, con la finalidad de contribuir al logro de objetivos institucionales y sectoriales mediante la estandarización de Planes Específicos en el Ministerio de Salud, 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 2026 Hospital Nacional "Dos de Mayo", tiene como finalidad promover la mejora continua de las prestaciones de salud en el Hospital





Nacional "Dos de Mayo", y como objetivo general fortalecer la calidad de atención en salud mediante la Auditoría interna aplicada al 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo", durante el periodo 2026;

Que, de acuerdo al Anexo N° 02-B Matriz de Programación de Metas Físicas y Presupuestales del Documento Técnico: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2026 Hospital Nacional "Dos de Mayo", el total de presupuesto es de S/. 00.00;

Que, mediante el Informe N° 009-2026-EPP-HNDM, de fecha 9 de marzo de 2026, emitido por la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Planes y Programas, se concluye que la estructura del Documento Técnico: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2026 Hospital Nacional "Dos de Mayo" cumple con la normatividad vigente; por lo que recomienda su aprobación;

Que, mediante Informe N° 037-2026-OEPE-EP-033-HNDM, de fecha 16 de marzo de 2026, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, concluye que el Documento Técnico: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2026 Hospital Nacional "Dos de Mayo" resulta viable y para su ejecución y desarrollo no irrogan adicionales al presupuesto institucional; en tal sentido, emite opinión técnica favorable para su aprobación;

Que, mediante Nota Informativa N° 064-2026-HNDM/OGC, de fecha 26 de marzo de 2026, la Jefa de Oficina de Gestión de la Calidad, mediante la cual alcanza el Informe N° 013-2026-OGC-HNDM, de fecha 26 de marzo de 2026, mediante el cual emite sustento técnico para la aprobación del Documento Técnico: Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2026 Hospital Nacional "Dos de Mayo";

Con las visaciones, del Director Adjunto de la Dirección General, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de 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° 257-2026/MINSA, de fecha 20 de marzo de 2026, 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 la "DOCUMENTO TÉCNICO: PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2026 HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO", la misma que consta de diecinueve (9) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad realice la difusión, seguimiento, evaluación y ejecución del Documento Técnico: Plan de Desembalse Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo – 2026; e informe de manera trimestral, semestral y anual a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico los avances realizados.

Artículo 3°.- Disponer que, la Jefatura 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;

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




MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
M.C. ELIAS RODRIGO ALIAGA HERRERA
Director General
CMP. N° 26250 RNE. N° 16344

**DOCUMENTO TÉCNICO:
PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2026
HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”**

INDICE

Contenido

	Pág.
I. Introducción.....	2
II. Finalidad.....	2
III. Objetivos.....	2
3.1. Objetivo general.....	2
3.2. Objetivos específicos.....	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.....	9
6.4. Actividades por objetivos.....	9
6.5. Presupuesto:.....	10
6.6. Financiamiento:.....	10
6.7. Acciones de supervisión, monitoreo y evaluación del plan.....	11
6.8. Seguimiento del plan (monitoreo y supervisión).....	11
6.9. Indicadores por objetivo generales y específicos.....	11
VII. Responsabilidades.....	11
VIII. Anexos:.....	11
IX. Bibliografía.....	19



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 2026 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° 045-2025/D/HNDM.

II. FINALIDAD.

Promover la mejora continua de las prestaciones de salud en el Hospital Nacional "Dos de Mayo"

III. OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer la calidad de atención en salud mediante la Auditoría interna aplicada al 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo", durante el periodo 2026.

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".



3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutoria como IPRESS.
- Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo.
- Fortalecer las competencias del personal de salud 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 2026 es de aplicación institucional.

V. BASE LEGAL.

- 5.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 5.2. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 5.3. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
- 5.4. 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".
- 5.5. 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".
- 5.6. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 5.7. Resolución Ministerial N° 215-2025/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 375-MINSA/OGPPM-2025: "Directiva Administrativa para la Formulación, Aprobación, Seguimiento y Evaluación de los Planes Específicos en el Ministerio de Salud".
- 5.8. Resolución Ministerial N° 877-2025/MINSA, que crea el Grupo de Trabajo Multisectorial de naturaleza temporal para elaborar la propuesta de Plan Nacional de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente 2026-2030.
- 5.9. Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 011-2022-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2022-PCM-SGP, Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios del Sector Público.
- 5.10. Resolución Directoral N° 045-2025/D/HNDM, que conforma el Comité de Auditoría en Salud (CAS) – 2025 y Comité de Auditoría Médica (CAM) – 2025, del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.11. Resolución Directoral N° 068-2025/D/HNDM, que, en su Artículo 1° oficializa la conformación de los Equipos de Auditoría Médica (CAM) - 2025 y en su Artículo 2° oficializa la conformación de los equipos de Auditoría en Salud, adscritos al Comité de Auditoría en Salud (CAS) – 2025, del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
- 5.12. Resolución Directoral N° 256-2025/D/HNDM, que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2026 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".



- 5.13. Resolución Directoral N° 257-2025/D/HNDM, que aprueba el Documento Técnico: Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud 2026, del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

VI. CONTENIDO

6.1. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- 6.1.1. **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
- 6.1.2. **Acción Preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
- 6.1.3. **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.
- 6.1.4. **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.
- 6.1.5. **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.
- 6.1.6. **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.
- 6.1.7. **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.
- 6.1.8. **Auditoría Externa:** Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
- 6.1.9. **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.
- 6.1.10. **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.

- 6.1.11. Auditoria Programada:** Tipo de Auditoria que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
- 6.1.12. Auditoria Regular/Ordinaria:** Tipo de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoria médica o auditoria en salud, que se evalúa la calidad de atención brindada.
- 6.1.13. Causa:** Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoria 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.
- 6.1.14. Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:** Equipo encargado de llevar a cabo las auditorias y está integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.
- 6.1.15. 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 Auditorias en Salud contenidas en el plan anual de auditoria 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.
- 6.1.16. Comité de Auditoría Médica:** Constituido por profesionales médicos del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorias Médicas contenidas en el plan anual de auditoria 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.
- 6.1.17. 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.
- 6.1.18. 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.
- 6.1.19. 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.
- 6.1.20. 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.
- 6.1.21. 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 Auditoria de Caso.



- 6.1.22. **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.
- 6.1.23. **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.
- 6.1.24. **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.
- 6.1.25. **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.
- 6.1.26. **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.
- 6.1.27. **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.
- 6.1.28. **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.
- 6.1.29. **No conformidad:** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
- 6.1.30. **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.
- 6.1.31. **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.
- 6.1.32. **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.
- 6.1.33. **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- 6.1.34. **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 600 camas y en consulta externa 1250 atenciones por día.

Para garantizar el control de la calidad de atención de salud, se ejecutan diversos tipos de auditoría, incluyendo la evaluación de la calidad de registro en historias clínicas, auditorías de procesos y de casos, entre otras. Para ello, se han conformado comités y equipos multidisciplinarios en los diferentes servicios. Durante el último año, la evaluación de la calidad de registro abarcó 650 historias clínicas, de las cuales el 55% tuvo una calificación de Satisfactoria, el 32% por mejorar, y 13% deficiente.

A pesar de que el porcentaje de adherencia a guías vigentes es del 94.66%, existe una brecha crítica en la actualización normativa. Actualmente, ningún departamento ni servicio cumple con el estándar de contar con al menos 10 Guías de Práctica Clínica (GPC) y/o 10 Procedimiento Asistenciales (GPA) actualizadas para las patologías frecuentes. Servicios como Cirugía, Obstetricia, Pediatría, Neonatología, cuidados Críticos (UCI), entre otros, operan con Guías desactualizadas o que aún se encuentran en fase de elaboración.

Se identifica que el personal médico no está capacitado en la metodología científica para la elaboración de GPC y GPA. Ante esta limitación, los documentos actuales se limitan a "consensos Bibliográficos" basados en opinión de expertos y/o adopción de recomendaciones externas, careciendo del rigor metodológico de la medicina basada en evidencias (MBE).

Ante la actual limitación de recursos humanos especializados y la ausencia de suscripciones a bases de datos científicas, la Oficina de Gestión de la Calidad (OGC) priorizará la adopción de GPC y/o GPA ya validadas por instituciones referentes (como Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI o el Ministerio de Salud).

Este proceso se centrará en la homologación técnica, mediante selección de guías externas de otras IPRESS o Instituciones locales que ya hayan sido desarrolladas bajo estándares internacionales (metodología GRADE). Esto permitirá que nuestra institución implemente recomendaciones de alta calidad sin incurrir en costos de elaboración metodológica. Para asegurar la pertinencia local, los expertos clínicos de cada servicio especializado validarán y evaluarán su aplicabilidad, garantizando así la seguridad del paciente con los recursos disponibles.

6.2.1. Antecedentes

La implementación de la auditoría en salud en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" se remonta al año 2008, estableciéndose como un eje estratégico para evaluar la calidad de la atención a través de la Calidad de Registro. Durante este periodo, la institución ha mantenido un proceso continuo de evaluación, logrando institucionalizar la revisión de las historias clínicas como un estándar de control administrativo y asistencial.

En los últimos tres años, los reportes institucionales han arrojado indicadores que muestran un escenario dual: por un lado, una adherencia declarada a las Guías Técnicas: Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías de Procedimiento Asistenciales (GPA) del 92% y, por otro, un nivel de cumplimiento satisfactorio en la calidad de registro del 48%. A pesar de la continuidad de estas



evaluaciones, los análisis técnicos recientes han identificado que el modelo de auditoría vigente enfrenta limitaciones estructurales. Se ha observado que la desactualización del marco normativo interno (GPC y GPA) y la variabilidad en los criterios de recolección de datos han generado una brecha de precisión en los resultados obtenidos.

Este escenario evidencia que, si bien existe una base operativa instalada desde hace más de una década, el sistema actual requiere mejoras en su proceso. La experiencia acumulada desde 2008 sirve como base para la presente propuesta, la cual busca superar los sesgos de información identificados y fortalecer la cultura de calidad mediante un proceso de auditoría más sólido, estandarizado y alineado a la evidencia clínica actual.

6.2.2. Problema

Las deficiencias identificadas en la calidad de la atención en el Hospital Nacional "Dos de Mayo" tienen su origen en el incumplimiento recurrente de las normas vigentes y en la inobservancia de los protocolos de registro en las historias clínicas. Esta situación se ve acentuada por la necesidad de actualizar las Guías Técnicas (GPC y GPA) e instrumentos normativos institucionales, cuya desactualización impide la uniformidad de criterios médicos y genera una variabilidad en los procesos asistenciales.

Estas fallas operativas se manifiestan directamente en el deterioro de los indicadores de calidad institucional y en un incremento de las quejas y reclamos los cuales afectan negativamente la percepción de los usuarios sobre la seguridad y eficacia del servicio recibido. Al no contar con un marco normativo clínico actualizado y estandarizado, los registros en las historias no logran reflejar con fidelidad la calidad del proceso de atención.

Ante este escenario, se identifica la necesidad de mantener la auditoría como un proceso sistemático y continuo que promueva la actualización normativa y el cumplimiento de estándares. Este mecanismo no debe limitarse a una revisión punitiva, sino constituirse como una evaluación constante de los requisitos de calidad en los procesos de atención individual. Solo a través de este seguimiento permanente y el fortalecimiento del marco técnico será posible detectar desviaciones en tiempo real, corregir las causas raíz que afectan la satisfacción del usuario y alcanzar el objetivo superior de la mejora continua en beneficio de los pacientes.

6.2.3. Causas del Problema

Entre las causas del problema se encuentran:

- Incumplimiento Normativo y de Registro. Inobservancia de las normas técnicas vigentes relacionadas a la gestión de la historia clínica, lo que deriva en registros incompletos o deficientes, que no evidencian el proceso de atención.
- Brecha de estandarización clínica, ausencia de Guías de Práctica Clínica (GPC) y Guías de Procedimiento asistencial (GPA) actualizadas, o que genera variabilidad en los criterios de atención y limita la aplicación de la medicina basada en evidencias.
- Impacto en indicadores y percepción del usuario, persistencia de quejas y reclamos que afectan la percepción de la calidad de atención, vinculada directamente a fallas en la evaluación de procesos y resultados negativos en los indicadores de gestión de calidad.



- Necesidad de mantener la auditoría como un proceso continuo y preventivo para evaluar el cumplimiento de requisitos de calidad de manera individual y técnica, garantizando así la mejora continua institucional.

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:

- Fortalecer la ejecución periódica de auditorías por pares en los servicios asistenciales y de apoyo,
- Asegurar el cumplimiento de las recomendaciones derivadas de los hallazgos de auditoría.
- Adoptar, adaptar y/o elaborar GPC y guías de procedimientos para patologías prevalentes y/o de mayor complejidad.
- Promover y fortalecer la cultura de calidad y seguridad del paciente en el personal.

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

Este presente documento se alinea con el PEI 2025 -2030 del Ministerio de Salud, específicamente con el Objetivo Estratégico Institucional 06 (OEI.06): Fortalecer la Implementación de los Esquemas de Modernización en el Ministerio de Salud. Asimismo, articula con la Acción Estratégica Institucional 06.02 (AEI.06.02) Gestión por procesos fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del Ministerio de Salud.

En cuanto a la articulación operativa, se articula con la AOI00014400343 Realización de acciones para el fortalecimiento de la garantía de la calidad en salud a través de la auditoría, del Plan Operativo Institucional (POI) Anual 2026 del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

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

6.4. ACTIVIDADES POR OBJETIVOS.

OE1: Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

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



OE2: Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutiva como IPRESS.

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

OE3: Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo.

- Realizar Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Coordinar con el Comité de Auditoría Médica para la realización de la Auditoría de Caso.
- Identificar no conformidades, y realizar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones derivadas de los informes de auditoría.

OE5: Fortalecer las competencias del personal de salud 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.

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.

6.8. SEGUIMIENTO DEL PLAN (MONITOREO Y SUPERVISIÓN).

La Oficina de Gestión de la Calidad realizará la supervisión y monitoreo del cumplimiento de las actividades propuestas en este plan e informará trimestralmente los avances a la Dirección General y a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico los avances en la ejecución del plan.

6.9. INDICADORES POR OBJETIVO GENERALES Y ESPECIFICOS

Se muestra en el anexo N° 04: Matriz de indicadores

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 Específico del Plan	
Objetivo Estratégico Institucional del PEI	Acción Estratégica	Actividad operativa POI	Categoría Presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Objetivo General del Plan	Objetivo Específico del Plan
OEI.06: Fortalecer la Implementación de los Esquemas de Modernización en el Ministerio de Salud.	AEI.06.02. Gestión por procesos fortalecida para el ejercicio de rol y funciones del Ministerio de Salud.	Acciones para el Fortalecimiento de Garantía de la Calidad en Salud a través de la Auditoría	9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	500003 Gestión Administrativa	Fortalecer la calidad de atención en salud mediante la Auditoría interna aplicada al 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo", durante el periodo 2026.	<p>Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo".</p> <p>Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutiva como IPRESS.</p> <p>Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo.</p>
						Fortalecer las competencias del personal de salud 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		
Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo".	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Resolución Directoral	1					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					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
	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe		1		1		2	Oficina de Gestión de la Calidad
Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutoria como IPRESS.	Medir la adherencia a GPC de patologías prevalentes y a GPA en hospitalización, consulta externa y emergencia.	Informe	1	1	1	1		4	Jefes Departamento/ Jefes de Servicio/ Oficina de Gestión de la Calidad
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos y Consentimientos Informados.	Informe		1		1		2	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe	1	1	1	1		4	Equipos / Comités de Auditoría de los Departamentos
Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo.	Coordinar con el Comité de Auditoría médica para la realización de la Auditoría de Caso.	Informe	1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Identificar no conformidades, y realizar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones derivadas de los informes de auditoría.	Informe	1	1	1	1		4	Jefes Departamento/ Jefes de Servicio/ Oficina de Gestión de la Calidad
Fortalecer las competencias del personal de salud 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"	Correo Electrónico	1					1	Oficina de Gestión de la Calidad
	Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada		30				30	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/)					Total, Presupuesto (S/)	Responsable
			Categoría presupuestal	Producto	Actividad presupuestal	Genérica de gasto	I Trimestre		
<p>Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo".</p> <p>Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutoria como IPRESS.</p> <p>Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo.</p> <p>Fortalecer las competencias del personal de salud en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.</p>	Elaboración y Aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de atención en salud	Resolución Directoral					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	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	Oficina de Gestión de la Calidad	
	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	S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Medir la adherencia a GPC de patologías prevalentes y a Gpa en hospitalización, consulta externa y emergencia.	Informe				S/. 00.00	S/. 00.00	Jefes Departamento/ Jefes de Servicio/ Oficina de Gestión de la Calidad	
	Asesorar en la formulación de Documentos Normativos: Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos y Consentimientos Informados.	Informe		9001 ACCIONES CENTRALES	3999999 SIN PRODUCTO	Gestión Administrativa		S/. 00.00	Oficina de Gestión de la Calidad
	Realizar la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud	Informe					S/. 00.00	S/. 00.00	Equipos / Comités de Auditoría de los Departamentos
	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
	Identificar no conformidades, y realizar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones derivadas de los informes de auditoría.	Informe					S/. 00.00	S/. 00.00	Jefes Departamento/ Jefes de Servicio/ Oficina de Gestión de la Calidad
	Difusión de la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud",	Correo Electrónico					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	Fuente de verificación	PROGRAMACIÓN DE METAS FÍSICAS			PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL (S/)		
			I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL	I SEMESTRE	II SEMESTRE	ANUAL
			Programado	Programado	Programado	Programado	Programado	Programado
Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo". Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutoria como IPRESS. Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo. Fortalecer las competencias del personal de salud en 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
	Consolidar el listado de Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos Asistenciales vigentes	Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	Medir la adherencia a GPC de patologías prevalentes y a GPA en hospitalización, consulta externa y 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 y Consentimientos Informados.	Informe	1	1	2	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
	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
	Identificar no conformidades, y realizar el seguimiento a la implementación de las recomendaciones derivadas de los informes de auditoría. Seguimiento de la implementación de las recomendaciones derivadas de la auditoría.	Informe	2	2	4	S/. 00.00	S/. 00.00	S/. 00.00
Difusión de la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".	Correo Electrónico	1			S/. 00.00		S/. 00.00	
Capacitación/ Asistencia técnica a los comités de auditoría de la calidad de atención en salud.	Persona capacitada	30		1	S/. 00.00		S/. 00.00	

ANEXO N° 04

MATRIZ DE INDICADORES DEL PLAN ESPECÍFICO

Descripción de Objetivos	Nombre del Indicador	Fórmula del Indicador	Unidad de medida	Meta programada	Fuente de información	Responsable
Evaluar el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad mediante la ejecución de auditorías internas en el 50% de los departamentos asistenciales del Hospital Nacional "Dos de Mayo"	Porcentaje de auditorías internas ejecutadas	N° de auditorías internas ejecutadas	Porcentaje	100%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
		N° de auditorías internas programadas				
	Porcentaje de GPC /GPA en las áreas de hospitalización (Clínicas y Quirúrgicas), para las diez primeras causas más frecuentes.	N° GPC disponibles en las áreas de hospitalización (Clínicas y Quirúrgicas) N° Total de GPC proyectadas (20)	x 100	Porcentaje	80%	Informe
Estandarizar la atención en salud mediante la adopción de guías técnicas externas, validadas por nuestros expertos, asegurando que se ajusten a nuestra capacidad resolutiva como IPRESS.	Porcentaje de departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	N° de Departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	Porcentaje	>80%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
		N° total de Departamentos				
	Porcentaje de Adherencia a GPC y GPROC en Hospitalización			Porcentaje	80%	Informe
Identificar brechas de calidad en la atención mediante la ejecución de auditorías programadas para el año 2026, evaluando la adherencia a las guías de práctica clínica en los servicios de mayor riesgo.	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con calificación satisfactoria	N° de Departamentos que evalúan adherencia a GPC y/o GPROC	Porcentaje	80%	Informe	Departamentos Servicios
		N° total de Departamentos				
	Porcentaje de recomendaciones implementadas a través de informes de auditorías	N° HC auditadas con calificación satisfactoria Total de HC auditadas	x 100	Porcentaje	55%	Informe
Fortalecer las competencias del personal de salud en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.	Personal capacitado/entrenado en auditoría de calidad de la atención en salud	N° recomendaciones implementadas N° recomendaciones de las auditorías	Porcentaje	55%	Informe	Departamentos Servicios Oficina de Gestión de la Calidad
			Persona capacitada	30	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 05 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%

$$\text{Dónde: } n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (17679)}{(5)^2 (17679) + (1.96)^2 (50) (50)}$$
$$n = 96$$

b) En Consulta externa:

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

$$\text{Dónde: } n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (94757)}{(5)^2 (94757) + (1.96)^2 (50) (50)}$$
$$n = 94$$

c) En emergencia:

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

$$\text{Dónde: } n = \frac{(1.96)^2 (50) (50) (94757)}{(5)^2 (76144) + (1.96)^2 (50) (50)}$$
$$n = 96$$

Por tanto, se realizará Auditoría de la Calidad de la Atención a 286 HC durante 2026.

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 06 : COMITÉS DE AUDITORIA

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

Dra. Roció Fuentes RIVERA ALVARADO	Presidente
Dra. Teresa Catherine ÑAUPARI RUIZ	Secretario de Actas
Dra. Jessica LEGUIA LEGUIA	Vocal

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

DRA. ELARD JOHANNES PAREDES MACEDO	Presidente
Tec. Med. Deysi Yanet ROJAS QUISPE	Secretario de Actas
Lic. Enf. Ketty Yanneth JIMENEZ ALCCA VOCAL	Vocal
Lic. Obst. Victoria ALMEIDA VARGAS	Vocal

Aprobados mediante la Resolución Directoral N.º 089-2026/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. 57° 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 /N° 2/ Quito (Ecuador)/ Noviembre – Diciembre 2016.

