



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA



N°186-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE



HOSPITAL DE HUACHO

Resolución Directoral

Huacho, 11 de abril de 2025

VISTOS:

El Informe Legal N°107-2025-GRS-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-UAJ, de fecha 08 de abril 2025 emitido por la Jefatura de la Unidad de Asesoría Jurídica, el Memorando N°308-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE, de fecha 11 de abril de 2025, expedido por el Director Ejecutivo de la entidad autorizando emitir el acto resolutorio de aprobación del **"PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO-2025"**

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el artículo 4° de la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene por finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de recursos públicos.

Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Básicos Médicos de Apoyo, aprobado por el Decreto Supremo N°013-2006-SA, dispone que el Director Médico de los establecimiento de Salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud;

Que, mediante resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente.

Que, mediante Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N°029/MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Auditoria de Salud" la cual tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de Salud y Servicios Médicos de apoyo y como objetivo general establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención en Salud en todos los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo sean públicos, privados o mixtos;

Que, asimismo el numeral 6.4.1 del artículo 6° de la Norma Técnica indicada en el párrafo precedente, establece que "La Auditoria de la Calidad de Atención de Salud es 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 de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA se aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" el cual tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el cargo de sus funciones rectoras.

Que, mediante Resolución Directoral N°372-2021-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA/DG, se aprueba la Directiva Administrativa N°03-2021-DG/OEPP "Directiva para la formulación y Aprobación de Documentos Técnicos en la Dirección Regional de Salud.

Que, por OFICIO N°039-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-UGC, de fecha 25 de marzo de 2025, emitido por la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad señalando el Informe Técnico sobre **"PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO -2025"**.

Que, por INFORME N°030-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HRH-A. Organización, de fecha 28 de marzo de 2025, emitido por la jefa del Área de Organización de la oficina de Planeamiento Estratégico, señalando Informe Técnico Favorable para la aprobación del Documento Técnico **"PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON -2025"** y se continúen con los tramites respectivos.



Que, por MEMORANDO N°357 -2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-OPE, de fecha 02 de abril del 2025, emitido por Directora de la Oficina de Planeamiento Estratégico donde señala que a la revisión y análisis por la Jefa del Area de Organización emite opinión Técnica favorable del **"PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON -2025"** y se continúen con los tramites respectivos.

Que, el numeral 1.2.1 del artículo 1° del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Texto Único Ordenando de la Ley 27444 Ley, del Procedimiento Administrativo General, dispone que "Los actos de administración interna de las entidades son aquellos destinados a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios. Estos actos son regulados por cada entidad, con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de esta Ley y de aquellas normas que expresamente lo establezcan".

Que el numeral 72.2 del artículo 72° del mismo cuerpo normativo señala "Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia".



Que, mediante Resolución Directoral N°132-2023-GRL-GRDS-DIRESA LIMA/DG, se aprueba la Directiva Administrativa N°003-2021-DG/OEPP "Directiva para la Formulación y Aprobación de Documentos Técnicos en la Dirección Regional de Salud".



Con el visto bueno de la Dirección de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Unidad de Asesoría Jurídica y Gestión de la Calidad del Hospital Huacho Huaura Oyón y Servicios Básicos de Salud.

Por las consideraciones expuestas, esta Dirección Ejecutiva, en uso de sus facultades conferidas por Resolución Gerencial General Regional N°012-2025-GRL/GGR, de fecha 17 de enero del 2025.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – APROBAR el documento Técnico "PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD 2025 DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO", y como anexo forma parte integrante del presente acto resolutivo con (17) folios.

ARTÍCULO SEGUNDO. – ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, el seguimiento y cumplimiento de lo dispuesto en el artículo primero de la presente resolución.

ARTICULO TERCERO. - ENCARGAR a la Unidad de Estadística e Informática, la publicación del documento aprobado en el artículo primero, en el Web site institucional www.hdhuacho.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Gobierno Regional de Lima
Hospital Huacho Huaura Oyon y S.B.S.
J. C. Morales de la Cruz
DR. JOSÉ GUILLERMO MORALES DE LA CRUZ
DIRECTOR EJECUTIVO (E)

JGMDLC/PQR/MACC/peu
Distribución:

- ❖ DIRECCIÓN EJECUTIVA
- ❖ SUB-DIRECCION
- ❖ OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
- ❖ UNIDAD DE ASESORÍA JURIDICA
- ❖ UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD.
- ❖ UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA
- ❖ OCI



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud
Verdad, Firmeza y Lealtad



PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

2025

HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO



ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. FINALIDAD.....	3
III. OBJETIVOS.....	3
IV. BASE LEGAL	4
V. AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI. DISPOSICIONES GENERALES.....	5
VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS.....	7
VIII. RESPONSABILIDADES.....	13
IX. ANEXOS.....	14



I. INTRODUCCIÓN

La auditoría es un instrumento de evaluación periódica que permite identificar brechas de no conformidades para luego recomendar acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención.

En el sistema de Gestión de Calidad en Salud dentro del componente de Garantía y Mejora se ubica la auditoría de la calidad de atención.

El Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Regional de Huacho 2025, está basado en la NTS N°029-MINSA/DIGEPRESS-V.02. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, 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 de atención en salud, garantizando la calidad de parte de los profesionales de la salud identificando oportunidades de mejora, y a su vez promoviendo la práctica de la medicina basada en evidencias y el manejo ético. Así mismo, tiene la bondad de unificar lo normado sobre Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, enfatizar la naturaleza de herramienta de mejoramiento continuo e insistir en que no se tiene fines punitivos y fundamentalmente está orientada a proteger los derechos de los usuarios en salud.

El Hospital Regional de Huacho cuenta con un Comité de Auditoría Médica (CAM) y un Comité Auditoría en Salud (CAS) que trabajan en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad y elaboran el presente Plan de Auditoría; en el cronograma se han considerado las Auditorías de Registro, Auditorías de Gestión Clínica y Auditorías de Caso por denuncias y/o de oficio, los reportes permitirán la identificación de observaciones para mejorar la calidad de atención en los servicios.

II. FINALIDAD

El presente Plan tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención en salud en el Hospital Regional de Huacho.

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Fortalecer las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud en el Hospital Regional de Huacho, en el marco de la normatividad vigente NTS N°029 MINSA/DIGEPRES-V.02 R.M. N°502-2016/MINSA, como parte del mejoramiento continuo de la calidad de atención de salud, evaluando los diversos procesos y servicios de salud.

3.2. Objetivos Específicos

- a) Promover la Auditoría de la calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en la mejora de los procesos de calidad de atención.



- b) Realizar auditoría de la calidad de atención de salud a través del análisis y evaluación del cumplimiento de criterios según la normatividad vigente.
- c) Realizar auditoría de Gestión Clínica en los diferentes servicios del Hospital a través de la evaluación de la calidad de los registros de las Historias Clínicas.
- d) Realizar auditorías de procesos de atención a través de la evaluación del cumplimiento de estándares establecidos según las normas vigentes.
- e) Promover la implementación de acciones de mejora a partir de las observaciones y recomendaciones en los departamentos involucrados en la atención en salud.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N°26842, Ley General de Salud. ✓
2. Ley N°27657 Ley del Ministerio de salud
3. Ley N°29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud. ✓
4. Ley N°29344 Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud.
5. Ley N°30885 Ley que establece la conformación y funcionamiento de la Redes Integradas de Salud.
6. Decreto Supremo N°013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud de Servicios Médicos de Apoyo.
7. Decreto Supremo N°016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud - PEAS.
8. Decreto Supremo N°031-2014-SA, Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD".
9. Decreto Supremo N°027-2015-SA, Reglamento de ley N°29414, que establece los Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud.
10. Decreto Supremo N°030-2016-SA Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de las IAFAS Público y privado.
11. Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
12. 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".
13. Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud.
14. Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
15. R.M. N°414-2015/MINSA que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
16. Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02, Norma Técnica de Salud de "Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
17. Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, aprueba las Normas para la elaboración de Documento Normativos del Ministerio de Salud.



18. 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"

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2025 es de aplicación en todas las Unidades Orgánicas del Hospital Regional de Huacho.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1. Definiciones Operativas:

- a) **Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios medico de apoyo.
- b) **Auditoria Medica:** Tipo de auditoría sobre un acto médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención medica brindado, incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de los recursos, según corresponda.
- c) **Auditoria Programada:** Tipo de auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar las atenciones realizadas por departamentos o servicios asistenciales, Están incluidas en el plan anual.
- d) **Auditoria de caso:** Tipo de auditoría de la calidad de atención en salud, que no está incluida en el plan anual, Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada, la metodología sugerida es análisis de causa raíz.
- e) **Auditoría de gestión clínica:** Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros



- f) **Evaluación de calidad del 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 Gestión Clínica.
- g) **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.
- h) **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.
- i) **Guías de Práctica Clínica:** Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.
- j) **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 la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
- k) **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.
- l) **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- m) **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.



6.2. Principios de los auditores de la Calidad de Atención en Salud:

Los Auditores de la Calidad de la Atención en Salud se rigen para ejercer sus responsabilidades, bajo los siguientes principios:

- a) **Conducta ética.** - El auditor debe abstenerse de realizar actos que atenten contra el buen ejercicio de la profesión; procediendo en todo momento de acuerdo con los más elevados preceptos de la moral; actuando siempre en forma leal, digna y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.
- b) **Confidencialidad.** - Se requiere de un compromiso de reserva del auditor con las fuentes de información, por lo que es indispensable guardar el secreto profesional, y la reserva sobre la información a la que se tiene acceso durante la auditoría.
- c) **Veracidad.** - Los hallazgos y conclusiones emitidas en los informes de la auditoría deben reflejar con autenticidad y exactitud los hallazgos de la auditoría.
- d) **Diligencia.** - Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por la entidad o servicio auditado, en resguardo de los intereses y derechos de los usuarios.
- e) **Independencia.** - Es la base para el ejercicio cabal y responsable de la función de auditor de la calidad. No pueden estar sujetos a mandatos o presiones que alteren su criterio, análisis y conclusiones en la auditoría, y deben estar libres de cualquier sesgo o conflicto de intereses.
- f) **Imparcialidad.** - Las opiniones, conclusiones y recomendaciones del auditor requieren del equilibrio y ponderación de quien no se aleja de la verdad, y no inclina su criterio indebidamente ante ninguna de las partes.
- g) **Objetividad.** - El auditor basa su accionar en las evidencias objetivas que sustente sus hallazgos y conclusiones.
- h) **Respeto por los derechos y el honor de las personas.** - Consiste en no afectar negativamente la honra de los profesionales ni los derechos de los usuarios, por ningún motivo subalterno. En todo momento se debe mantener el respeto a los profesionales auditados.

VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS:

7.1. De los comités de auditoría de la calidad de atención en salud:

- a) Se conformará dos comités de auditoría: Comité de Auditoría en Salud (CAS) y Comité de Auditoría Médica (CAM)
- b) Ejecutan **Auditorías en Salud**, contenidas en el Plan anual, en coordinación con la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital. El Comité No depende de ningún Departamento o servicio asistencial.
- c) **El Comité de Auditoría en Salud (CAS)**, deberá de estar constituido por profesionales de la salud médicos y no médicos colegiados, encargados de ejecutar las auditorías de salud programadas del Plan anual.
- d) **El Comité de Auditoría Médica (CAM)**, a diferencia de la primera está constituido solo por profesionales médicos del establecimiento de salud, encargados de ejecutar las auditorías médicas.



- e) Cada Comité está conformado como mínimo por 03 miembros reconocidos con Resolución Directoral: un Presidente, un Secretario de Actas y uno o más Vocales, que deben cumplir con el perfil de Auditor de la Calidad de Salud.

7.2. De los integrantes de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud:

El **Comité de Auditoría en Salud** periodo 2025 del Hospital Regional de Huacho, fue conformado por Resolución Directoral N°108-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE emitida el 03 de marzo del 2025.

Miembros	Cargo
Lic. Enf. Juana Olinda Nicho Vargas	Presidenta
Lic. Obst, Nancy Diaz Yaya	Secretaria de actas
M.I. Rosa Cuenca Velásquez	Vocal
M. H. Juana Jessica Ricapa Rios	Vocal

El **Comité de Auditoría Médica** fue conformado por Resolución Directoral N°159-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE emitida el 24 de marzo del 2025.

Miembros	Cargo
M.I. Pedro Ernesto Huapaya Herreros	Presidente
M.G.O. Indira Giovanna Burga Ugarte	Secretaria de Actas
M.P. Ada María Cuquian Jerónimo	Vocal
M.C. William Iván Beltrán Mejía	Vocal

Los miembros de los Comités de Auditoría en Salud y de Auditoría Médica, tiene las siguientes responsabilidades compartidas:

- Participar en la elaboración y ejecución del Plan Anual de Auditoría, el mismo que será presentado a la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Participar en el planeamiento, organización, evaluación y supervisión de las auditorías y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y de las Auditorías de Caso, según corresponda.
- Participar en la ejecución de las Auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- Participar en la planificación, ejecución y elaboración del Informe final de Auditoría.

Adicionalmente, debemos mencionar que mediante Resolución Directoral N°094-2025-GRL-GRDS-DIRESA-HHHO-SBS-DE emitida el 19 de febrero de 2025 se conformaron los **Equipos de Auditoría de Salud por Departamento - Periodo 2025**.



7.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS:

7.3.1. La metodología de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en su análisis integral, considera los siguientes aspectos:

- a) Concordancia de las prácticas sanitarias evaluadas con las mejores prácticas definidas, aceptadas y estandarizadas en disposiciones previamente establecidas (criterios) entre las que se encuentran las guías de práctica clínica.
- b) Coherencia entre anamnesis, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo.
- c) Congruencia entre diagnóstico y tratamiento.
- d) Pertinencia del plan de trabajo: exámenes de patología clínica, de diagnóstico por imágenes, interconsultas, referencias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- e) Oportunidad de la atención.
- f) Adecuado manejo posterior al diagnóstico de acuerdo a evolución y resultado de los exámenes.
- g) Pertinencia del apoyo o intervención de otros profesionales o especialistas.
- h) Evaluación de la seguridad de la atención y reporte de eventos adversos hallados.
- i) Esta metodología se aplica para las Auditorías programadas y para las Auditorías de Caso.

7.3.2. Una vez concluido el análisis de la información recabada se procederá a la elaboración del informe final, de acuerdo al modelo del Anexo N°02: Modelo de informe de auditoría de la calidad de atención en salud (auditoría programada), considerando para el presente año un total de 02 auditorías de la calidad de atención.

7.3.3. El Comité de Auditoría elevará su Informe Final a la Unidad de Gestión de la Calidad, donde se evaluará si cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría. En caso que sea afirmativo, remitirá el informe final al director del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, quien dispondrá la implementación de las recomendaciones.

7.3.4. Las Auditorías de Calidad de la atención, pueden realizarse, entre otros, ante:

- a) Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- b) Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
- c) Re intervenciones quirúrgicas.
- d) Tiempos de espera prolongados.
- e) Operaciones cesáreas primarias.
- f) Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).
- g) Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.
- h) Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación.

7.3.5. Las Auditorías de Caso deben realizarse, entre otros, ante:

- a) Casos de mortalidad materno – perinatal.
- b) Reingresos por el mismo diagnóstico.
- c) Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.
- d) Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
- e) Eventos centinela.



- f) Asimismo, deben realizarse cuando ocurre un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares.

7.3.6. En la Auditoria de Registro de Historias Clínicas, el abordaje para seleccionar historias clínicas a evaluar será el siguiente:

- a) Registros del servicio de emergencia adulto, el cual se auditará el formato de atención de emergencia de los diferentes tópicos medicina, cirugía y ginecobstetricia.
- b) Registros de los servicios de hospitalización de Ginecología, Obstetricia, Cirugía, Pediatría y Medicina se auditará aplicando el formato de evaluación de la calidad de registro de hospitalización.
- c) Registros de Consulta Externa de Ginecología, Cirugía, Pediatría y Medicina se auditará aplicando el formato de evaluación de la calidad de registro de Consultorios Externos.
- d) Registro del Servicio de Odontología, el cual se auditará con el formato de registro de odontoestomatología.
- e) Registro de enfermería aplicando el formato de evaluación de la calidad de registro de la hoja grafica de signos vitales de enfermería, Kardex de enfermería, Balance hídrico y las notas de evolución de enfermería de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Cirugía, Pediatría y Medicina.
- f) Registro de la lista de verificación de la cirugía segura.

Las Auditorías de Calidad de Registro se realizan tomando una muestra representativa de las historias clínicas de los pacientes atendidos en un determinado periodo, para ello se toma como referencia el número de atenciones en las áreas de Hospitalización, Emergencia y Consulta Externa del año previo (2024), para así calcular el número de atenciones trimestral por Área asistencial, que se utiliza como el valor N, en la fórmula a emplear para obtener el tamaño de la muestra (n), considerando para el presente año un total de 60 auditorías de la calidad de registro de historias clínicas.

7.4. DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD PARA EVALUAR EL INFORME FINAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Al evaluar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en general, y de la Auditoría de Caso en especial, debe verificarse el cumplimiento de los siguientes requisitos de calidad de la Auditoría, que le dan la consistencia técnica al mismo:

7.4.1. Estructura del Informe de Auditoría, contenida en el Anexo N°03: Modelo de informe de auditoría de la calidad de atención en salud (auditoría de caso)

7.4.2. El contenido del mismo está orientado siempre a la mejora continua de los procesos, no a acciones de carácter punitivo.

7.4.3. En relación a los hallazgos y conclusiones:

- Los hallazgos guardan coherencia con la(s) conclusión(es).
- Cada conclusión deriva en una o más recomendaciones de mejora de los hallazgos.

7.4.4. Cada recomendación consta de tres partes:



- a) El cargo de la Autoridad a la que va dirigida.
- b) Lo que se recomienda, precisando las acciones a seguir.
- a) El plazo que se otorga para el cumplimiento de la misma, con excepción de las actividades cuyos plazos están registrados en normas específicas.

Este requisito implica que las conclusiones formuladas a partir de los hallazgos descritos, permiten corregir o mejorar los procesos vulnerables evidenciados por la auditoría de caso y además permiten evaluar el cumplimiento de las recomendaciones vertidas.

7.4.5. El Informe será redactado de forma ordenada, en lenguaje sencillo y objetivo.

7.4.6. El Informe será integral (audita todos los aspectos pertinentes sobre el incidente clínico).

7.4.7. Utiliza todos los criterios de auditoría necesarios y pertinentes.

7.5. DE LOS PLAZOS PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

7.5.1. Las Auditorías Programadas deberán realizarse dentro de los tiempos planificados, no debiendo exceder en ningún caso de veinte (20) días hábiles.

7.5.2. Las Auditorías de Caso no podrán exceder los siguientes plazos, según corresponda: diez (10) días hábiles cuando se trate de una Auditoría Interna, y quince (15) días hábiles cuando se trate de una Auditoría Externa.

7.5.3. Cuando el Informe Final de una Auditoría de Caso sea rechazado, el Comité dispondrá de cinco (05) días hábiles adicionales, por única vez, para reformularlo.

7.5.4. El Comité responsable de realizar una Auditoría Dirimente, dispondrá de quince (15) días hábiles para emitir y presentar su Informe Final sobre la Auditoría de Caso que lo convoca.

7.5.5. Los miembros de los Comités, incluidos los Equipos de Auditorías Adscritos a dichos comités, son responsables del escrupuloso cumplimiento de los plazos establecidos.

7.5.6. Los plazos establecidos se cuentan a partir del Acta de Instalación del Comité de Auditoría; dicho Comité para proceder a la instalación deberá tener a su disposición la Historia Clínica correspondiente o la copia fedateada y completa de la misma.

7.5.7. La Dirección Ejecutiva del Hospital, y el responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad, son responsables de entregar la Historia Clínica, o copia fedateada y completa de la misma, al Comité de Auditoría correspondiente, dentro de las (48) horas de dispuesta la Auditoría de Caso.

7.5.8. La Dirección Ejecutiva del Hospital, o la Autoridad de Salud Nacional o Regional, según corresponda, podrá disponer que la Auditoría de Caso se realice de manera sumaria, en un plazo que no exceda los siete (07) días hábiles, especialmente en los incidentes clínicos que impliquen un riesgo potencial o de un grave impacto en la Salud Pública.



7.6. DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

7.6.1. La Unidad de Gestión de la Calidad debe comunicar mediante documento, a la Dirección Ejecutiva, el inicio de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, precisando los datos identificatorios del paciente y de la Historia Clínica. La Dirección del establecimiento de salud, es responsable de:

- a) Disponer la inmediata inmovilización de la Historia Clínica correspondiente para garantizar la no modificación posterior de los registros.
- b) Proporcionar, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, a la Unidad de Gestión de la Calidad, una copia foliada y fedateada, de la correspondiente Historia Clínica, para que sea puesta a disposición del Comité de Auditoría correspondiente.
- c) Brindar acceso, de ser necesario, a la Historia Clínica original al Comité de Auditoría correspondiente que realiza el proceso y proporcionar las otras fuentes para la auditoría (el Reglamento de Organización y Funciones, Manual de Organización y Funciones, normas internas, programación de personal, protocolos o guías de práctica clínica, libros de registros de atenciones médicas y/o quirúrgicas, libro de sala de operaciones y otros de interés que contengan información relacionada al caso) dentro de las cuarentiocho (48) horas de efectuada la solicitud mediante documento formal.

7.6.2. Cuando la historia clínica original ha sido puesta a disposición del Comité de Auditoría correspondiente, éste debe devolverla en un plazo no mayor de setentidós (72) horas. Si antes de cumplirse este plazo el paciente necesita hacer uso de su historia clínica, el Comité tendrá que devolverla; si cree conveniente podrá solicitarla nuevamente las veces que sean necesarias.

7.6.3. Durante el proceso, el Comité otorgará el plazo no mayor de setentidós (72) horas al personal de salud involucrado en el caso, para que remitan los informes de descargo solicitados, de modo que no interfiera o retrase la emisión del informe de auditoría respectivo.

7.6.4. El informe contara con la estructura establecida en el Anexo N° 2.

7.7. ACTIVIDADES:

7.7.1. Planificación

Las actividades / tareas del presente Plan, están articuladas con el Plan Anual de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Huacho.

7.7.2. Organización

Para llevar a cabo el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del Hospital Regional de Huacho se debe tener en cuenta las siguientes actividades:

- a) Conformar el Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud.
- b) Elaborar y aprobar del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.



- c) Realizar auditorías de la calidad de atención (02).
- d) Realizar auditorías de Registros de Historias Clínicas en los departamentos y servicios, de Emergencia y Consultorios (60)
- e) Realizar auditorías de caso, según demanda.
- f) seguimiento y monitoreo de implementación de recomendaciones realizadas a los departamentos/servicios.
- g) Capacitación a los miembros de los Comités / Equipos de Auditoría.

7.7.3. Recursos e Instrumentos

- a) Para auditorías de Registros de Consultas Externas y de Emergencia se procederá a realizar la auditoría aplicando la Resolución Ministerial N°214-2018 MINSA que aprueba la NT N°139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- b) Para auditorías de Calidad de Atención se procederá con la Resolución Ministerial N°502-2016 MINSA que aprueba la NTS N°029-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención de la Calidad en Salud".
- c) Profesionales capacitados en Auditoría en Salud.

7.7.4. Estrategias

- a) Sensibilizar e involucrar a los jefes de Departamentos y/o Servicios sobre la importancia de la implementación de las auditorías como herramientas para la mejora de la calidad de atención.
- b) Difundir la Norma Técnica de Auditoría de la calidad de atención en salud en los diferentes departamentos y servicios asistenciales del Hospital Regional de Huacho.
- c) Capacitación continua en temas relacionados a la calidad de la atención en salud con la participación del personal médico y asistencial.

VIII. RESPONSABILIDADES:

8.1. Del Director Ejecutivo del Hospital Regional de Huacho

- a) Aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- b) Expedir la Resolución Directoral de conformación de los Comités de Auditoría.
- c) Proporcionar los recursos adecuados al Comité.
- d) Disponer que los miembros de los Comités se dediquen a las actividades de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud con un mínimo de 6 horas semanales.
- e) Tomar conocimiento de las recomendaciones emitidas en el Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, así como también lo correspondiente a los Informes de Auditorías de casos.
- f) Disponer la ejecución de las acciones preventivas y correctivas según corresponda.

8.2. Del Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

- a) Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, en coordinación con los Comités de Auditoría, conforme a las prioridades del Hospital y a sus necesidades, el mismo que será presentado a la Dirección Ejecutiva para su conocimiento, aprobación y difusión.



- b) Brindar Asistencia Técnica a los Comités de Auditoría para la Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- c) Supervisar y evaluar el Plan Anual de Auditoría.
- d) Proponer la conformación de Equipos de Auditoría, por departamentos.
- e) Analizar la calidad y contenido de los Informes de Auditoría, en especial las conclusiones y recomendaciones emitidas.
- f) Elevar el Informe Final de la Auditoría al Director del Establecimiento, cuando cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.
- g) Elaborar el informe de las acciones de evaluación y supervisión ejecutadas para la Dirección del Establecimiento.
- h) Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el Reporte de las Auditorías de la Calidad de Atención programadas, como en las Auditorías de Caso.
- i) Promover propuestas de mejora de acuerdo al análisis de los informes de auditoría.
- j) Promover la capacitación de los miembros de los Comités de Auditoría.

8.3. Del Presidente del Comité de Auditoría (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).

- a) Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de auditoría.
- b) Asegurar que las Auditorías de Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la NTS N°029 MINSA/DIGEPRES-V.02 RMN°502-2016/MINSA.
- c) Garantizar que los informes y el Informe final cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría.
- d) Presentar el Informe Final de Auditoría de la Calidad a la Unidad de Gestión de la Calidad, quien a su vez lo elevará a la Dirección General, para que disponga la implementación de las recomendaciones.

IX. ANEXOS:

- ANEXO N°01: Cronograma de actividades del Plan de Auditoría de la Calidad en Salud 2025.
- ANEXO N°02: Modelo de informe de Auditoría de la Calidad de Atención en salud (Auditoría Programada).
- ANEXO N°03: Modelo de informe de Auditoría de la Calidad de Atención en salud (Auditoría de Caso).



ANEXO N°1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO - 2025

OBJETIVO	ACTIVIDAD	TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	MESES												RESPON- SABLES	
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		META ANUAL
Fortalecer las auditorias de la calidad de atención en el Hospital Regional de Huacho	Conformación del Comité de Auditoría en Salud del Hospital Regional de Huacho	Conformación del Comité de Auditoría Médica del Hospital Regional de Huacho	Resolución	X												1	Coordinador de Auditoría / Comité y equipos de Auditoría
			Resolución	X												1	
	Plan y Resolución				X	X									1		
	Historia Clínica auditada			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	60		
	Informe						X							X	2		
	Informe	X			X									X	4		
	Capacitación de integrantes de Comités / Equipos de Auditoría		Capacitación					X							1		



**ANEXO N°2:
MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD
(AUDITORÍA PROGRAMADA)**

AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD N° -XXXXX-2025

A: *Director Ejecutivo del Hospital Regional de Huacho*

De: *Equipo Auditor*

Asunto: *AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD BRINDADA AL PACIENTE XXXX N° xxxxx HISTORIA CLINICA DEL SERVICIO XXX.*

Referencia:

Fecha del Informe:

1. ANTECEDENTES:

Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen a la auditoría realizada (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).

2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

Indicar que documento originó la realización de la auditoría.

3. TIPO DE AUDITORÍA:

Clasifica a la Auditoría según el numeral 5.5 de la norma.

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (ejm: atención brindada al paciente xx, en el EESS xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx.

5. METODOLOGÍA:

Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.

6. INFORMACIÓN CLÍNICA:

Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.

7. HALLAZGOS:

Se consignan las no conformidades identificadas en la auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo tiene sumilla, condición y criterio y deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

Sumilla. - Título que utiliza el hecho observado.

Condición. - Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.

Criterio. - Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.

8. CONCLUSIONES:

La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.

9. RECOMENDACIONES:

Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.

10. FIRMAS:

Registrar al pie del informe: Nombre, sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.

11. ANEXOS



**ANEXO N° 3: MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD
(AUDITORÍA DE CASO)**

AUDITORÍA N° -XXXXX-2025

A: Director Ejecutivo del Hospital Regional de Huacho

De: Equipo Auditor

Asunto: AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (AUDITORÍA DE CASO) BRINDADA AL PACIENTE XXXX CON N° XX HISTORIA CLÍNICA DEL SERVICIO XXX

Referencia:

Fecha del Informe:

1. **ANTECEDENTES:**
Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen a la auditoría realizada (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:**
Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del EESS, del juez o autoridad competente).
3. **TIPO DE AUDITORÍA:**
Auditoría de caso.
4. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:**
Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (ej.: atención brindada al paciente xx, en el EESS xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx.
5. **METODOLOGÍA:**
La Metodología recomendada por la presente norma es:
 - Reconstrucción documental de los hechos
 - Análisis de la información disponible
 - Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario)
 - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud identificando los hallazgos,
 - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (eventos adversos graves).
6. **INFORMACION CLINICA:**
Resumen de la información concerniente a las prestaciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
7. **HALLAZGOS:**
Se consignan las no conformidades identificadas en la auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo tiene sumilla, condición y criterio y deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

Sumilla. - Título que utiliza el hecho observado.

Condición. - Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.

Criterio. - Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.

Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la Causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.

Causa. - Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.

Al término del desarrollo de cada hallazgo, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.

8. **CONCLUSIONES:** Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados, así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose sólo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del informe: Nombre, sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. **ANEXOS:** Se consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13. de la norma técnica.

