



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 07 de julio de 2026.

VISTOS: El Informe N.º 743-2026-DIRESA-HRM-03, de fecha 12 de junio de 2026, Jefe de la Oficina de Planeamiento; Informe N.º 167-2026-DIRESA-HRM/05, de fecha 11 de junio de 2026, Responsable Área de Planeamiento; Informe N.º 256-2026-DIRESA-HRM/05, de fecha 18 de mayo de 2026, Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad; Informe N.º 006-2026-DIRESA-HRM/05-SVCV-MC, de fecha 18 de mayo de 2026, Área de la Auditoría de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N.º 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N.º 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N.º 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, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, 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, con Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene por finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N.º 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N.º 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud. Asimismo, en su punto 5 numeral 5.2 indica que, el Objeto de la NTS es mejorar la Atención de Salud que se brinde en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, público, privado y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en la Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en la salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo;

Que, la Auditoría de la Calidad de la 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 o 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;

Que, a través de Informes N.º 006-2026//DIRESA-HRM/05-SVCV-MC, de fecha 18 de mayo de 2026, del Área de Auditoría de la Calidad, remite a la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, el "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2026", a fin de que se continúe con el trámite correspondiente;

Que, el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2026, tiene por finalidad contribuir al mejoramiento de la Calidad de Atención en los servicios médicos de apoyo, fortaleciendo a los diferentes procesos de atención y gestión aplicando la auditoría en Salud;

Que, mediante Informe N.º 256-2026-DIRESA-HRM/05, de fecha 18 de mayo de 2026, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita ante la Dirección Ejecutiva, sea derivado a la Oficina de Planeamiento estratégico y posterior aprobación través de acto resolutivo;

Que, a través de Informe N.º 167-2026-DIRESA-HRM/03-0/PLAN, de fecha 11 de junio de 2026, la responsable del Área de Planeamiento, otorga opinión favorable, al Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud HRM -2026, indicando que, el presente Plan cumple con los contenidos mínimos que establece la Directiva



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 07 de julio de 2026.

para la Formulación de planes específicos, en el Hospital Regional de Moquegua, aprobada con Resolución Ejecutiva Directoral N° 430-2023-DIRESA-HRM/DE indica que, una vez aprobado este debe ser monitoreado y evaluado por el área quien propone el plan;

Que, a través de Informe N.º 743-2026-DIRESA-HRM-03, de fecha 12 de junio de 2026, la jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, deriva a la Dirección Ejecutiva el Plan Anual de Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud Hospital Regional Moquegua 2026, para su aprobación;

Contando con el proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua y con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico y de la Unidad de Gestión de la Calidad;

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) y d) del Artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR el "PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA 2026", el cual consta de veintidós (22) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad, la difusión, monitoreo y evaluación del plan aprobado con la presente resolución.

Artículo 3º.- REMÍTASE a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoque302gua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

RJVP/DIRECCIÓN
LBSQ/OAL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) U. G. DE LA CALIDAD
(01) ESTADÍSTICA
(01) ARCHIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. RONALD J. VARGAS PALACIOS
CMP. 11861 RNE 11627
DIRECTOR EJECUTIVO (e)

PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA



M.E. RONALD JAIME VARGAS PALACIOS

(e) Director Ejecutivo del Hospital Regional Moquegua

DIRECTOR EJECUTIVO

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

C.D.ANA BIANCA ORDOÑO NINA

JEFE(e) DE LA UNIDAD DE GESTION DE LACALIDAD

ELABORADO POR:

MC. Sara Victoria Centty Valdivia

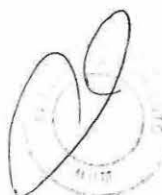


Sara Victoria Centty Valdivia
Médico Cirujano
C.M.P. 78812 RMAA 12011

2026

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	FINALIDAD	4
III.	AMBITO DE APLICACIÓN	5
IV.	OBJETIVOS	5
V.	BASE LEGAL	5
VI.	CONTENIDO	6
	6.1 ASPECTOS TECNICO CONCEPTUALES	6
	6.2 ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO Y ADMINISTRATIVO	9
	6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LAS ACCIONES DE PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI	9
	6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO	10
	6.5 PRESUPUESTO	13
	6.6 FINANCIAMIENTO	13
	6.7 ACCIONES DE MONITOREO SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN	13
VII.	RESPONSABLES	13
VIII.	ANEXOS	14



Sara Victoria Gentry Valdivia
Médico Cirujano
C.M.P. 78812 RNA-A-12045

PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA- 2026

I. INTRODUCCION

La Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud es una herramienta que utiliza el Ministerio de Salud para evaluar directamente la atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, como lo especifica en el Documento Técnico N°029-MINSA/DIGEPRES-V-O2 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de Calidad de Atención en Salud", cuyo objetivo es el de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoria de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud, por ello, la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud, permitiendo evaluar el desempeño de los diversos actores en los procesos asistenciales, controlando el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos para la atención en salud.

En el Hospital Regional de Moquegua, se ejecuta la Auditoria de la Calidad de Atención en Salud, se realiza las auditorias programadas de registro, las de casos, para la verificación de la historia clínica en su estructura (registro), su proceso (planes y tratamiento) y resultado (tiempos de atención, y recuperación del paciente) y las de proceso que evalúan las actividades realizadas, contando con el apoyo de los comités de auditoría médica, de salud y los adscritos de cada unidad orgánica, permitiendo que sea una herramienta de mejora continua promoviendo a realizar cambios y mejoras para una adecuada atención al usuario externo y disminuyendo los riesgos en el trabajo de usuario interno.

En ese marco, la Unidad de Gestión de la calidad, ha elaborado el PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 2026, bajo la "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud" que establece los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoria de la calidad de la atención, tomando en cuenta criterios de seguimiento en los diferentes servicios realizando diferentes procesos de mejora continua orientados a lograr servicios de calidad para la satisfacción del usuario externo.

II. FINALIDAD

Mejorar la Calidad de Atención en los servicios médicos de apoyo, fortaleciendo a los diferentes procesos de atención y gestión aplicando la Auditoria en Salud.



Sonia Victoria Contreras Valdivia
Médico Cirujano
C.M.P. 78812 RNA-A 120

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan tiene ámbito de aplicación en todos los servicios y departamentos asistenciales del Hospital Regional de Moquegua durante el 2026.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OG: Fortalecer la adherencia a la aplicación de la norma técnica de la historia clínica vigente, con la implementación de las recomendaciones brindadas en las auditorías.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

OE1: Fortalecer la adherencia a la aplicación de la Norma Técnica de la Historia Clínica, mediante la aplicación de la auditoría programada de registro.

OE2: Auditar los procesos de atención, ante la presencia de incidentes, eventos adversos o falla en el cumplimiento a las normas vigentes o Guías de Práctica Clínica.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud.
- Ley N°27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N°27813, Ley del sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N°27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N°27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N°29344, Ley Marco del aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N°1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N°1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- Decreto Supremo N°043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°27806, Ley de Transparencia y Accesos a la Información Pública.
- Decreto Supremo N°072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Accesos a la Información Pública.
- Decreto Supremo N°033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.



Medico
C.M.P 781

Sara Victoria C.
[Handwritten signature]

- Decreto Supremo N°002-2019-SA Aprueba el Reglamento para la Gestión de reclamos y denuncias de los Usuarios de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud – IAFAS, Instituciones prestadoras de servicios de salud- IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- Resolución Ministerial N°502-2016MINSA que aprueba la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGPRES.V.02. Norma técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en salud.
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA y su modificatoria con Resolución Ministerial N°265-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN, Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.
- Resolución Directoral N°351-2010-DRSM-DG Aprueba el Manual de Organización y Funciones – MOF, del Hospital Regional de Moquegua y modificatorias.
- Resolución Ejecutiva Regional N°262-2023. Plan Estratégico institucional ampliado 2018-2026.
- Ordenanza Regional N°007-2017-CR/GRM Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones- ROF de la Gerencia Regional de Salud Moquegua y sus órganos desconcentrados, que consta de seis (6) Títulos, veintiocho (28) artículos, una (01) Disposición Transitoria y Final y que como Anexo forma parte de la presente Ordenanza.



VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TECNICO CONCEPTUALES:

- **Historia Clínica:** 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 a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- **Historia Clínica electrónica:** Es la historia clínica registrada en forma unificada, personal, multimedia, refrendada con la firma digital del médico u otros profesionales de la salud cuyo tratamiento (registro, almacenamiento, actualización, acceso y uso) se realiza en estrictas condiciones de seguridad, integralidad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación y disponibilidad a través de un



Santa Victoria Centeno
Médico Cirujano
C.M.P. 78812 RNA-A

sistema de información de historias clínicas electrónicas, de conformidad con las normas aprobadas por el Ministerio de Salud, como órgano rector.

- **Guías de práctica clínica (GPC):** Es el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.
- **Auditoria programada de registro:** es un tipo de auditoria en salud que utiliza los anexos de la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGPRES.V.02. Norma técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la atención en salud, para evaluar el registro de la historia clínica.
- **Auditoria de Caso:** Este tipo de auditoria se basa en la evaluación de la historia clínica de un usuario externo, en el proceso de su atención encontrado hallazgos comparando tales con criterios normativos o de Guías de Práctica Clínica, estableciendo conclusiones y recomendaciones para acciones de mejora que permita superar las fallas de los procesos, con plazos de cumplimiento.
- **Auditoria de proceso:** Utilizando las herramientas de calidad ante la eventualidad de la falla de un proceso de atención se investiga la falla y se implementa las acciones de mejora correctiva con recomendaciones con plazos de cumplimiento.
- **Auditoria basada en evidencia:** Se realiza cuando existe una falta del cumplimiento de las GPC o norma vigente que afecte evidentemente la productividad o la atención a una gran parte de la población atendida por el HRM, para ello se utilizan una muestra de estudio y la aplicación de la lista de cotejos basada en la revisión de las GPC, validadas por el Comité de auditoría médica, que luego de recolectar los datos se realiza un informe descriptivo y conclusiones que determinen el punto del incumplimiento de las GPC.

A. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA PARA LA AUDITORIAS PROGRAMADAS DE REGISTRO

DEPARTAMENTO	CRITERIO DE SELECCIÓN
Departamento de Consulta Externa y Hospitalización	▪ Tiempos de espera prolongados.
Departamento de Gineco-Obstetricia	▪ Cesáreas primarias. ▪ Estancias prolongadas: Parto vaginal mayor a 24 horas, Cesárea mayor a 48 horas. ▪ Re intervenciones Quirúrgicas.



Medico Cirujano
C.M.P. 78812 RMA-A

Departamento de Medicina	▪ Estancias prolongadas: Hospitalización más de veinte (20) días. ▪ Demora en la hospitalización (orden de hospitalización – al ingreso) ▪ Uso de Antibiótico Controlados. ▪ Úlceras por presión.
Departamento de Cirugía	▪ Estancias prolongadas: Hospitalización más de veinte (20) días. ▪ Re intervenciones Quirúrgicas. ▪ Úlceras por presión. ▪ Infección de Herida Operatoria. ▪ Neumonía Intrahospitalaria.
Departamento de Pediatría	▪ Estancias prolongadas: Hospitalización más de veinte (20) días. ▪ Uso de Antibiótico Controlados. ▪ Uso de leche maternizada en RN.
Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	▪ Complicaciones anestésicas. ▪ Re intervenciones quirúrgicas.
Servicio de Emergencia	▪ Tiempos de espera prolongados. ▪ Estancias Prolongadas Observación más de 24 horas. ▪ Defunción con problemas diagnósticos y sin diagnósticos definitivo. ▪ Reclamos que requieran auditoria.
Servicio de Cuidados Críticos	▪ Úlceras por presión. ▪ Infecciones Asociadas a Ventilación Mecánica.

En el presente año el número de auditorías por unidad orgánica será el mismo que el del 2025, tomadas aleatoriamente por conveniencia, de las que se emitirá un informe mensual.

B. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA AUDITORA DE CASO

Cuando en los departamentos o servicios exista eventos como:

- Casos de Mortalidad materno- perinatal.
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas

- Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
- Eventos centinelas.
- Cuando ocurra un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere queja o denuncia del usuario o familiares.

C. CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA AUDITORA DE PROCESO

Se realizará en:

- Servicio de farmacia.
- Unidad de servicios generales y de mantenimiento
- Unidad de Seguros
- Servicio social
- Servicio de nutrición
- Unidad de gestión de la calidad
- Unidad de Epidemiología y saneamiento ambiental.
- Departamento de patología y anatomía patológica.

Los que presentaran una auditoria por trimestre ante la falta de algún proceso de atención.

6.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ASPECTO SANITARIO-ADMINISTRATIVO

En el 2025 se realizó 613 auditorías programadas de registro sin embargo la programación de dichas auditorias fueron 1692, haciendo el análisis respectivo aun el personal de salud no está sensibilizado con la aplicación de la auditoria en salud además hay servicios que no hacen el reporte a tiempo de las auditorias, por ello para este año se continuará con el mismo número de historias por auditar por servicio cuidados críticos con 4 auditorías y la unidad de hospital de día con 5 haciendo un total de 1692 programadas para el presente año.

Se implementará la aplicación de las auditorias de proceso en los servicios que no manejan las historias clínicas, además ante el incumplimiento de la norma técnica y las guías de práctica clínica, en el que esté involucrado un proceso importante para el hospital se realizará la auditoria basada en evidencia.

6.3 ARTICULACIÓN ESTRATÉGICA CON LAS ACCIONES DE PEI, ARTICULACIÓN OPERATIVA DE LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS DEL POI

El Plan, se encuentra articulado al PEI.2026-2030 en el OEI.11 Fortalecer la Gestión Institucional, y la AEI.11.05.



Sana Victoria Ce
Médico
C.M.P. 7887

Articulación al POI 2026, en la AO 5002026 Gestión de la Calidad.

6.4 ACTIVIDADES POR OBJETIVO

6.4.1 Descripción operativa de las actividades:

OE1: Establecer la Adherencia a la aplicación de la Norma Técnica de la Historia Clínica, mediante la aplicación de la auditoria programada de registro.

A1: Constitución del comité de auditoría en salud

A2: Implementar los comités adscritos.

A3: Elaboración del Plan anual de Auditoria de la Calidad del Hospital Regional de Moquegua.

A4: Capacitar a los miembros del comité adscrito de los servicios que van a realizar la auditoria programada de registro.

A5: Elaboración de auditorías de registro de cada unidad orgánica por los comités adscritos.

A5: Monitorizar el cumplimiento de la Adherencia del registro de la historia clínica a la Norma técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN, Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.

A6: Elaboración del informe trimestral de las auditorias.

OE2: Auditar los procesos de atención, ante la eventualidad de riesgo falta o falla en el cumplimiento a las normas vigentes o GPC.

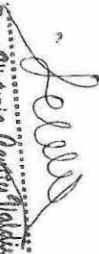
A1: Constitución del Comité de Auditoría Médica.

A2: Análisis de los procesos de Atención en reuniones del comité de auditoría medica con la presentación de auditorías de caso y proceso.

A3: Monitorizar el cumplimiento de la aplicación de las guías de práctica clínica mediante la directiva de lineamientos para la evaluación de adherencia a las GPC y GIE del HRM RED N°1338-2022-HRM-DE.

A4: Realización de las auditorias de caso o de proceso ante una falta o falla en la atención del usuario externo

A5: Monitorización de la implementación de las recomendaciones realizadas por el comité de auditoría médica.



Sara Victoria Castro Valdivia
Médico Cirujano
C.M.P. 78812 R.M.A. 12046



CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES: UNIDAD DE MEDIDAS, METAS Y RESPONSABLES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO (mensual, trimestral, semestral, anual)	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	META FISICA	RESPONSABLE
Establecer la Adherencia a la aplicación de la Norma Técnica de la Historia Clínica, mediante la aplicación de la auditoria programada de registro.	Constitución del comité de auditoría en salud (CAM)	Plan	Anual	X												1	Unidad de Gestión de la calidad
	Implementar los comités adscritos.	Resolución	Anual			X										1	Unidad de Gestión de la calidad, Asesoría Legal
	Elaboración del Plan anual de Auditoria de la Calidad del Hospital Regional de Moquegua.	Resolución	Anual	X												1	Unidad de Gestión de la Calidad, Asesoría Legal
	Constitución del Comité de Auditoría en Salud (CAS)	Informe	Trimestral	1												1	Unidad de Gestión de la calidad, Asesoría legal
	Elaboración de auditorías de registro de cada unidad orgánica por los comités adscritos.	Informe	Mensual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	Comités adscritos de cada unidad orgánica
	Monitorizar el cumplimiento de la Adherencia del registro de la historia clínica a la Norma técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN, Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica.	Informe	Trimestral			X			X			X			X	4	Unidad de Gestión de la calidad-área de auditoria



REGISTRO
PERU
2025

"Año de la recuperación y
consolidación de la economía peruana"

Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros

CAMP 78812 RMA
Médico Cirujano

Soledad Cruz
Médico Cirujano

Soledad Cruz
Médico Cirujano

Auditar los procesos de atención, ante la eventualidad de riesgo falta o falla en el cumplimiento a las normas vigentes o GPC.

Elaboración del informe trimestral de las auditorías.	Informe	Trimestral			X			X			X		X	4	Unidad de Gestión de la calidad
Constitución del Comité de Auditoría Médica.	Informe	Anual	X											1	Unidad de Gestión de la Calidad, Asesoría legal
Análisis de los procesos de Atención en reuniones del comité de auditoría medica con la presentación de las auditorías realizadas.	Actas	Trimestral			X			X			X		X	4	Comité de auditoría médica, Unidad de Gestión de la Calidad
Realización de las Auditorías ante un incidente o evento adverso en la atención del usuario externo	Informe	Trimestral			X			X			X		X	4	Unidad de Gestión de la Calidad
Monitorización de la implementación de las recomendaciones realizadas por el comité de auditoría médica.	Informe	Trimestral			X			X			X		X	4	Comité de auditoría médica, Unidad de Gestión de la Calidad
Monitorizar el cumplimiento de la aplicación de las guías de práctica clínica "directiva de lineamientos para la evaluación de adherencia a las GPC y GIE del HRM RED N°1338-2022-HRM-DE".	Informe	Semestral				X						X		2	Unidad de Gestión de la Calidad

6.5 PRESUPUESTO

No requiere presupuesto

6.6 FINANCIAMIENTO

No necesita financiamiento.

6.7 ACCIONES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo será responsabilidad de la Unidad de Gestión de la Calidad en compañía de los responsables del Comité adscrito del Área de Auditoría, así mismo se realizará la evaluación mensual del mismo, con reportes trimestrales del avance durante el 2026 a la Dirección ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua y DIRESA Moquegua.

VII. RESPONSABLES

7.1 NIVEL NACIONAL: El Ministerio de Salud a través de la Dirección General de salud de las personas o la que haga sus veces, es responsabilidad difundir o socializar la Norma Técnica N°029-MINSA/DIGPRES.V.02. Norma técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la atención en salud.

7.2 NIVEL REGIONAL: El Hospital Regional de Moquegua anualmente implementa el Plan Anual de Auditoría de la Calidad, bajo la responsabilidad de la Unidad de Gestión de la Calidad, que será desarrollada en el 2026.



VIII. ANEXOS

ANEXO 01

CANTIDAD DE AUDITORIAS CUANTITATIVAS PROGRAMADAS DE REGISTRO

SERVICIO	ALEATORIA POR CONVENIENCIA
	MENSUAL
CONSULTA EXTERNA	108
PSICOLOGIA	8
OBTETRICIA	8
ODONTOLOGIA	8
MEDICINA FÍSICA	7
HOSPITAL DE DIA	5
HOSPITALIZACION	195
CIRUGIA GENERAL	5
CIRUGIA ESPECIALIDADES	5
GINECO OBTETRICIA	6
GINECOLOGIA	6
MEDICINA GENERAL	7
NEONATOLOGIA	8
PEDIATRIA GENERAL	7
PSIQUIATRIA	8
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	8
SALUD MENTAL Y ADICCIONES	5
EMERGENCIA	120
CIRUGIA GENERAL	8
GINECOLOGIA	8
MEDICINA	8
PEDIATRIA	6
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	6
UCI	4
TOTAL	427





 Santa Fe de la Cruz, Arequipa
 Médico Cirujano
 C.M.P. 76812 RINA A 12046

ANEXO 02

FORMATOS DE AUDITORIA CUANTITATIVA PROGRAMADA DE REGISTRO

ANEXO N°5					
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA					
MIEMBROS DEL COMITE					
NUMERO DE AUDITORIA					
FECHA DE AUDITORIA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				

DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita	2			0	NA
SUBTOTAL	24				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se cuenta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcritud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				
CALIFICACION SEGÚN PUNTUACION					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					

ANEXO N°6

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NUMERO DE AUDITORIA	
FECHA DE AUDITORIA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amente	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA

Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI)	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		
NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	

Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERIA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermeria	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermeria	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hidrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			

ANEXO N° 7

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA	
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de ingreso	1			0	

Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso, Talla, IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Regimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	

Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica	0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	0.5			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA

Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				

CALIFICACIÓN

SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSION

V.- RECOMENDACIONES

