



PERÚ

Ministerio de Salud

# **NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

NTS N 029-MINSA/DIGEPRES-V.02





PERÚ

Ministerio de Salud

**NORMA TÉCNICA DE SALUD:  
AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

## Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Norma técnica de salud: Auditoría de la calidad de la atención en Salud / Ministerio de Salud. Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2016.  
93 p.; ilus.

AUDITORÍA / CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD / MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / NORMAS TÉCNICAS

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°. 2016- 17719

### **NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD; 2016**

**Ministerio de Salud. Dirección General de Prestaciones de Salud. Dirección de Calidad en Salud (MINSa. DIGEPRES. DICAS)**

#### **Responsables de la Elaboración:**

Dra. Lady Patricia Yamaguchi Díaz, Coordinadora, DIGEPRES, DICAS  
Dr. Luis Enrique Miguel de la Cruz, Revisión de contenidos, DIGEPRES, DICAS  
Dra. Teresa Elizabeth Suárez Cárdenas, Revisión de contenidos, DIGEPRES, DICAS  
Dr. Luis Humberto Sevillano Morales, Revisión de contenidos, DIGEPRES, DICAS  
Dra. Janet Roxana Loayza Fernández, Revisión de contenidos, DIGEPRES, DICAS

#### **Participaron en la elaboración:**

Dr. Fernando Espejo Reese, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, DIRESA Callao  
Dr. Julio Teodorico Arbaiza Alzamora, DIRESA Callao  
Dr. Johnny Morzán Delgado, Hospital Nacional Dos de Mayo, IGSS  
Dr. Alvaro Santiváñez Pimentel, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé  
Dr. César López Dávalos, Superintendencia Nacional de Salud  
Dr. Ricardo Dextre Bazalar, IGSS  
Dr. Raúl Morillo Príncipe, Seguro Social de Salud  
Dr. Javier Villalobos Arellano, Sociedad Peruana de Auditoría Médica  
Dr. Keveen Salirrosas Flores, Seguro Social de Salud  
Dr. Erick De la Torre Bejarano, Seguro Social de Salud  
Dr. Luis Humberto Legua García, Colegio Médico del Perú  
Dra. Isabel Chaw Ortega, IGSS  
Dr. Luis Chunga Ticse, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, IGSS

#### **Revisado por:**

Dr. Luis Robles Guerrero

#### **© MINSa, Diciembre, 2016**

Ministerio de Salud  
Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú  
Telf.: (51-1) 315-6600  
<http://www.minsa.gob.pe>  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

1ª. Edición, Diciembre 2016

Tiraje: 4,000 unidades

Imprenta: Grupo Raso E.I.R.L.  
Jr. Pablo Bermúdez 150 Of. 40 – Santa Beatriz – Lima. Telf. 423 2689

Versión digital disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3811.pdf>



**PERÚ**

Ministerio de Salud

**Dra. PATRICIA JANNET GARCÍA FUNEGRA**  
**Ministra de Salud**

**Dra. SILVIA ESTER PESSAH ELJAY**  
**Viceministra de Salud Pública**

**Dr. CARLOS LUIS RICSE CATAÑO**  
**Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud**

**Abog. RODRIGO VILLARÁN CONTAVALLI**  
**Secretario General**

**Dra. KARINA ALICIA GIL LOAYZA**  
**Directora General de Prestaciones de Salud**

**Dra. LADY PATRICIA YAMAGUCHI DÍAZ**  
**Directora Ejecutiva**  
**Dirección de Calidad en Salud**

**Lima – Perú**

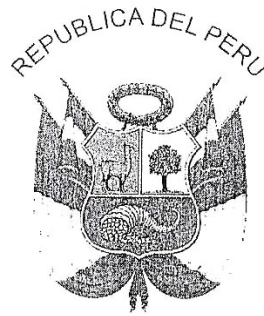
**2016**



## **TABLA DE CONTENIDOS**

<b>Introducción .....</b>	<b>Pág. 8</b>
<b>I. Finalidad .....</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>II. Objetivos .....</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>III. Âmbito de aplicación .....</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>IV. Base Legal .....</b>	<b>Pág. 10</b>
<b>V. Disposiciones Generales.....</b>	<b>Pág. 13</b>
<b>VI. Disposiciones Específicas.....</b>	<b>Pág. 23</b>
<b>VII. Responsabilidades .....</b>	<b>Pág. 24</b>
<b>VIII. Disposiciones Finales .....</b>	<b>Pág. 24</b>
<b>IX. Anexos .....</b>	<b>Pág. 25</b>
<b>Anexo N° 01 .....</b>	<b>Pág. 28</b>
<b>Anexo N° 02 .....</b>	<b>Pág. 29</b>
<b>Anexo N° 03 .....</b>	<b>Pág. 31</b>
<b>Anexo N° 04 .....</b>	<b>Pág. 32</b>
<b>Anexos del N° 05 al N° 15* .....</b>	<b>Pág. 80</b>

\*Formatos para evaluación de calidad de registro publicados conforme a lo dispuesto en el numeral 6.12 del presente documento normativo



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CARMEN LUNA FLORES  
Fedatario de la Sede Central - MINSA

# Resolución Ministerial

Lima, 15 de Julio del 2016

Visto, el Expediente N° 15-064010-004 que contiene el Informe N° 019-2016-TESC-DICAS-DIGEPRES/MINSA de la Dirección General de Prestaciones de Salud del Ministerio de Salud;

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales 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, así como que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, asimismo, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud disponen que es función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como "Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, (...)";

Que, mediante el artículo 94 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, se establece que la Dirección General de Prestaciones de Salud es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, responsable de formular, proponer, dirigir la implementación, supervisar y evaluar la política sectorial en materia de organización, funcionamiento y gestión de los servicios de salud; normalización prestacional y gestión clínica; calidad en salud; así como lo relacionado a telesalud;



P. MINAYA



P. GRILLO



C. CAYAGNARO P.



M. MALLQUI O.



J. Zavala S.

donación y trasplantes de órganos, tejidos y células y otras en el ámbito de su competencia;

Que, en virtud a ello, mediante el documento de visto, la Dirección General de Prestaciones de Salud ha elaborado y propuesto para su aprobación la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante el Informe N° 672-2016-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Prestaciones de Salud, de la Directora General (e) de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1.-** Aprobar la NTS N° 029 - MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 2.-** Encargar a la Dirección General de Prestaciones de Salud la difusión y seguimiento del cumplimiento de la Norma Técnica de Salud aprobada por el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial.

**Artículo 3.-** El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud, son responsables de la ejecución de la presente Norma Técnica de Salud, así como de monitorear y evaluar el proceso de implementación en sus respectivos ámbitos.

**Artículo 4.-** Derogar la Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA que aprobó la "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01" y la Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA que aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".

**Artículo 5.-** Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>

Regístrese, comuníquese y publíquese.

**ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA**  
Ministro de Salud



P. MINAYA



P. GRILLO



C. CAVAGNARI



M. MALLON



J. Zavala

## INTRODUCCIÓN

La Salud es una aspiración común a todas las personas, independiente de cualquier consideración social, económica, geográfica. Visto como un derecho íntimamente ligado a la Vida, se asume como un derecho fundamental al que todos debemos acceder, y se espera que el Estado genere las mejores condiciones para alcanzar dicho ideal.

En ese esfuerzo, los países han desarrollado sistemas de salud, orientados a brindar atención integral a las personas, que incluyan la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud. Los servicios de salud respondiendo al desarrollo del perfil epidemiológico, y al avance de la ciencia y la tecnología en salud, brindan atenciones cada vez más complejas, para responder a la demanda variada y con frecuencia complicada.

El Estado entendiendo la Salud como un Derecho, así como el acceso a la atención de salud de manera oportuna y de calidad, tiene que implementar esfuerzos para que dichas atenciones se den en condiciones de seguridad y eficiencia para los pacientes y la sociedad. Así, la Autoridad Nacional de Salud inició en los 90's las acciones para impulsar el desarrollo de la Calidad en Salud, y surgió el marco normativo y las intervenciones necesarias con ese fin. Lo siguiente tenía que ser la determinación de mecanismos que permitan verificar que dichas atenciones se desarrollaron en condiciones que cumplen con los criterios inherentes de calidad en salud; así surgió la Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA que aprobó la "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01", sobre la cual se armó un conjunto de otros documentos normativos que complementaban el objetivo de asegurar que las atenciones en salud eran de calidad y respetando los derechos de los pacientes en dichos procesos de atención. Ese fue el mérito de ese conjunto de dispositivos emitidos por el Ministerio de Salud, y que se han aplicado a lo largo del tiempo.

Ese tiempo que origina el desarrollo de los servicios de salud, que las atenciones asistenciales sean cada vez más complejas, y que se haya profundizado la comprensión del ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, el que pone al MINSA en el reto de superar lo avanzado, y aprobar mediante la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA la presente NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", y que deja sin efecto los documentos normativos previos sobre la materia.

La nueva NTS tiene la bondad de unificar lo normado sobre Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, enfatizar la naturaleza de herramienta de mejoramiento continuo en el establecimiento de salud, insistir en que no se tiene objetivos punitivos, y fundamentalmente está diseñada para proteger los derechos de los usuarios en salud, estableciendo mecanismos y plazos concretos, que permitan dar respuesta oportuna a la organización, a los profesionales de la salud, y a la sociedad.

Aporte adicional de la nueva NTS es que clarifica los tipos de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, diferenciándolo de la Auditoría de la Gestión Clínica, ambas importantes, pero con objetivos y procedimientos diferentes. Asimismo la NTS ayuda a que el personal de la salud involucrado en la atención tenga mecanismos objetivos y claros para revisar y evaluar el proceso de atención, y por ende la organización puede mejorar constantemente la Calidad de atención que brinda a sus usuarios. De esta manera el Ministerio de Salud cumple también con su rol de Rectoría Sectorial, al regular para todos los establecimientos de salud del país y para garantizar a toda la ciudadanía el ejercicio del derecho a recibir atenciones de calidad, como un elemento importante para alcanzar la Salud, como aspiración, y como derecho fundamental de los ciudadanos.

**Dirección de Calidad en Salud**

## 1 FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2.1 Actualizar el marco normativo de la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud.
- 2.2.2 Estandarizar los instrumentos para el procedimiento de auditoría de la calidad de la atención en salud.
- 2.2.3 Promover la auditoría de la calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en los servicios de salud que permita realizar procesos de mejora continua.

## 3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados y mixtos del ámbito nacional; que tengan a su cargo, según corresponda, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Seguro Social de Salud - EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

## 4 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° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29344, Ley Marco de 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 Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso 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.

- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud-PEAS.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial
- N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.

## 5 DISPOSICIONES GENERALES

- 5.1.** Las definiciones operativas vinculadas a la presente NTS se detallan en el Anexo N° 01.
- 5.2.** El objeto de la presente NTS es mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por sí misma, no tiene fines punitivos.
- 5.3.** La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad.
- 5.4.** La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso.
- 5.5.** La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se clasifica de diferentes maneras:
- a) Según quién realiza la Auditoría de la Calidad
    - a.1. Auditoría Interna
    - a.2. Auditoría Externa
  - b) Según el objeto de la Auditoría de la Calidad
    - b.1. Auditoría Médica
    - b.2. Auditoría en Salud
  - d) Según su inclusión en la planificación anual de la Auditoría de la Calidad

- c.1. Auditoría Programada
  - c.2. Auditoría de Caso (no está incluido en el Plan)
  - g) Según la naturaleza de las conclusiones de la Auditoría de la Calidad
    - d.1. Auditoría Regular /Ordinaria
    - d.2. Auditoría Dirimente
- 5.6.** La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud la realiza el propio establecimiento de salud (Auditoría Interna) o el servicio médico de apoyo, según corresponda, o lo realiza una instancia inmediata superior al mismo, a través de otro establecimiento de salud o de un comité especial cuando es dispuesta por la Autoridad de Salud Nacional o la Autoridad de Salud Regional (Auditoría Externa).
- 5.7.** El establecimiento de salud y el servicio médico de apoyo realizan Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, a través de la Auditoría Programada o la Auditoría de Caso. Ambas son Auditorías Internas.
- 5.8.** La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, del tipo de Auditoría Dirimente, es una Auditoría de Caso y es una Auditoría Externa, que es dispuesta exclusivamente por la Autoridad de Salud Nacional o la Autoridad de Salud Regional, ante un incidente o un evento adverso, sobre el que se han realizado dos Auditorías de Caso previas, con conclusiones contradictorias.
- 5.9.** No se considera como Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a la verificación de indicadores de rendimiento de servicios asistenciales, la verificación de la aplicación de normas y reglas de las compañías de seguros respecto a la atención brindada, la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicios médico de apoyo, independiente de que dicha información pueda ser útil para evaluar otros aspectos de la gestión de estos establecimientos o para realizar la Auditoría de Gestión. Estos aspectos son evaluados en la Auditoría de Gestión Clínica.
- 5.10.** La Autoridad Nacional de Salud regula la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en todos sus extremos o aspectos.
- 5.11.** La Autoridad Nacional de Salud establece y regula el Procedimiento de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud ante un incidente, evento adverso, o disconformidad con la atención brindada.
- 5.12.** Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos y privados, entregarán la información que requiera la Autoridad de Salud Nacional, incluida la copia fedateada de la historia clínica, bajo responsabilidad, cuando ésta considere la posibilidad de iniciar un Procedimiento de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud ante un incidente o una disconformidad con la atención brindada.
- 5.13.** Los establecimientos de salud deben constituir el Comité de Auditoría en Salud y el Comité de Auditoría Médica (Ver numeral 6.1.1 de la presente NTS), como unidades funcionales permanentes, los cuales mantendrán coordinación con la unidad orgánica responsable de la gestión de la Calidad en Salud del establecimiento. Ambos comités están integrados por Auditores de la Calidad en Salud, con experiencia, y serán oficializados a través de una resolución del Director del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo o del que haga sus veces.
- 5.14.** Los Comités de Auditoría en Salud y de Auditoría Médica estarán integrados por un mínimo de tres (03) miembros organizados de la siguiente forma: un Presidente, un Secretario de Actas, y uno (o más) Vocales. Los miembros deben cumplir con el perfil de auditor de la Calidad en Salud.
- 5.15.** La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es realizada por Auditores de la Calidad de la Atención en Salud, profesionales de la salud formados en el campo de la Auditoría en Salud y con experiencia en su aplicación. Los Auditores de la Calidad de la Atención en Salud deben cumplir con el siguiente perfil:
- a. Ser Profesionales de la salud colegiados, con un mínimo de dos (2) años de ejercicio profesional para establecimientos y servicios médicos de apoyo de Nivel I, y con un mínimo de tres (3) años para el Nivel II y Nivel III, así como habilitados para el ejercicio de la profesión.
  - b. Tener formación o capacitación en auditoría en salud, con un mínimo de sesenta (60) horas académicas presenciales, debidamente certificadas por una entidad universitaria; Se recomienda que cuenten con número de registro de auditor expedido por su colegio profesional. Asimismo pueden tener capacitación en gestión de la calidad en salud, administración de servicios de salud o salud pública.

- c. Tener experiencia en auditoría, la misma que será de más de un (1) año para el Nivel I; y de más de dos (2) años para los establecimientos de salud, o servicios médicos de apoyo, de Niveles II y III.
- d. No tener antecedentes de sanción por procesos administrativos o penales.

Este perfil también se recomienda para los integrantes de los Equipos de Auditoría.

**5.16.** 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 sustentan 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.

**5.17.** En ninguna circunstancia el auditor está facultado para emitir pronunciamientos que establezcan responsabilidades personales o colectivas de tipo médico legal o recomendaciones punitivas, por no ser el objetivo de la Auditoría de la Calidad.

**5.18.** La actividad de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se estructura en cinco etapas: a) Planeamiento, b) Ejecución, c) Elaboración y presentación del Informe Final, d) Implementación de las Recomendaciones y e) Seguimiento de las Recomendaciones.

**5.19.** Los establecimientos de salud públicos del Instituto de Gestión de Servicios de Salud - IGSS, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, Seguro Social de Salud - EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales y los establecimientos de salud públicos privados, así como los servicios médicos de apoyo, deben reportar trimestralmente la información referida a las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud al IGSS/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, según corresponda; y esta/s instancia/s a la Dirección de Calidad en Salud del Nivel Nacional, en forma trimestral.

**5.20.** La presente Norma Técnica de Salud es de implementación obligatoria, bajo responsabilidad, en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos.

**5.21.** Los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente NTS son aquellos que brindan atención reiterada a los mismos usuarios de salud o pacientes, y que por la naturaleza del servicio que brindan, deben llevar el registro seriado de dichas atenciones en historias clínicas, o en historias clínicas electrónicas u otro tipo de registros; asimismo, aquellos servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, que brindan atenciones a sus usuarios de manera prolongada en el

tiempo, en alguna modalidad de internamiento; y los que realicen algún tipo de procedimiento invasivo como parte de la atención que brindan.

## 6 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1. DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

6.1.1. En cada establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, se constituirán los siguientes Comités de Auditoría:

- Comité de Auditoría en Salud (CAS)
- Comité de Auditoría Médica (CAM)

En el caso de los establecimientos de salud del primer nivel de atención y de los servicios médicos de apoyo que corresponda, si por el número de profesionales de la salud, no fuese posible constituir uno o ambos comités, éstos serán constituidos en la instancia organizacional inmediata superior (microrred o red de salud, de corresponder).

6.1.2. La dirección del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, debe oficializar la conformación de ambos comités con acto resolutivo.

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

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

6.1.5. Ambos comités son convocados por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en el establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, y programan y coordinan sus actividades con ella.

6.1.6. Ambos comités, para el ejercicio de sus actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, gozan de total libertad de criterio, basado en el conocimiento científico y tecnológico, y en la aplicación cabal de la presente NTS, no estando sujetos a presiones de ninguna naturaleza.

6.1.7. En los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, de mayor complejidad y teniendo en cuenta el volumen de las Auditorías a realizarse, cada comité podrá conformar Equipos de Auditoría adscritos a éste, integrados también por un mínimo de tres (3) miembros (un Responsable de Equipo, un Secretario de Actas y un Vocal) que se encargarán de realizar Auditorías de la Calidad, presentarán lo actuado y sus Informes Finales al Presidente del Comité respectivo.

Estos Equipos de Auditoría Adscritos son propuestos por cada Comité y convocados por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad del Establecimiento de Salud. Son oficializados por Resolución del Director del Establecimiento de Salud o del que haga sus veces.

6.1.8. De ser necesario, un profesional de la salud, médico o no, puede integrar más de un Equipo de Auditoría Adscrito.

6.1.9. Los Comités de Auditoría son los encargados de realizar las Auditorías de Caso, cuando son Auditorías Internas, ya sea que correspondan a una Auditoría en Salud o a una Auditoría Médica.

6.1.10. No podrán formar parte de un Comité o Equipo de Auditoría, los profesionales médicos o no médicos en los siguientes casos:

- a. Si es pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, con cualquiera de los usuarios de los servicios de salud o con sus representantes de la atención a ser auditada.

- b. Si ha tenido intervención en la atención a ser auditada, o si como autoridad hubiere manifestado previamente su parecer sobre el mismo, de modo que pudiera entenderse que se ha pronunciado sobre el asunto.
- c. Si personalmente, o bien su cónyuge o algún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tuviere interés en la atención a ser auditada.
- d. Cuando tuviere o hubiese tenido en los últimos dos años, relación de servicio o de subordinación con cualquiera de los usuarios de los servicios de salud o sus representantes de la atención a ser auditada, o si tuviera en proyecto una concertación de negocios con alguno de ellos, aun cuando no se concrete posteriormente.

## 6.2. DE LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Los miembros del Comité de Auditoría en Salud y del Comité de Auditoría Médica, tienen las siguientes responsabilidades compartidas:

- a. Participar en la elaboración y ejecución del Plan Anual de Auditoría, el mismo que será presentado a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en el establecimiento de salud o en el servicio médico de apoyo, para su aprobación.
- b. Participar en la planificación, organización, evaluación y supervisión de las auditorías y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y de las Auditorías de Caso, según corresponda. Ver Anexo N° 4.
- c. Participar en la ejecución de las auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- d. Participar en la planificación, ejecución y elaboración del informe final de auditoría.

Así mismo, según su cargo tienen las siguientes responsabilidades:

6.2.1. **Presidente/a.-** Es responsable de:

- a. Presidir el Comité.
- b. Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
- c. Asegurar que las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la presente NTS.
- d. Garantizar que los informes y el Informe Final cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en la presente norma.
- e. Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien a su vez lo elevará a la dirección del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, para que disponga la implementación de las recomendaciones.

6.2.2. **Secretario/a de Actas.-** Es responsable de:

- a. Mantener actualizado los registros y archivos de las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud realizadas.
- b. Tener a su cargo la custodia y el registro del libro de actas del Comité.
- c. Velar por la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud.
- d. Velar por la organización, codificación y custodia de los papeles de trabajo que se generan en las auditorías.
- f. Otras que el(la) Presidente(a) del Comité de Auditoría le asigne.

6.2.3. **Vocal.-** Es responsable de:

- a. Contribuir a asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las Auditorías de la Calidad.
  - b. Otras que el(a) Presidente(a) del Comité le asigne.
- 6.2.4. En el caso de los Equipos de Auditoría Adscritos a cada Comité, corresponden las mismas funciones del Secretario de Actas y del Vocal señalados en los numerales 6.2.2. y 6.2.3. de la presente NTS. El Coordinador del Equipo tendrá las mismas funciones que el Presidente de los Comités, según el contenido del numeral 6.2.1. de la presente NTS, excepto que presentará el Informe Final al Presidente del Comité al que está adscrito el Equipo.

### 6.3. DE LAS ETAPAS DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

En la Auditoría de la Calidad se identifican las siguientes etapas:

- 6.3.1. **Planeamiento.**- Corresponde al Comité de Auditoría definir los objetivos y alcance de la auditoría, para lo cual debe:
- a. Obtener información general del proceso y de la atención que se va a auditar, así como del servicio o unidad donde ésta se brindó (organización, funciones, normas, planes, programas y procesos de atención).
  - b. Obtener información sobre auditorías anteriores en relación al caso.
  - c. Definir los criterios de auditoría a utilizar (normativas, guías de práctica clínica, manuales, otros).
  - d. Elaborar los documentos de trabajo (plan de trabajo, listas de chequeo y otros) en base a los criterios establecidos.
  - e. Establecer el cronograma del plan de trabajo.
- 6.3.2. **Ejecución.**- Corresponde al Comité de Auditoría cumplir las diferentes actividades que deben ser desarrolladas en forma secuencial, siendo las siguientes:
- a. Verificación de la información: Actividad de confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva del cumplimiento de los criterios establecidos; utilizando para ello, todos los medios e instrumentos que consideren pertinentes.
  - b. Análisis y discusión: Revisión y evaluación de la historia clínica, de los registros y otros documentos relacionados con la auditoría a realizar; revisión y evaluación y análisis de los hallazgos. Con la información obtenida se elaborará una lista de No Conformidades y se sustentará con la evidencia encontrada.
  - d. Comunicación de las no conformidades a los(las) auditados(as), en el caso de que se considere pertinente y con la finalidad de recoger la información correspondiente, en forma de descargo.
  - g. En los casos de Auditorías Programadas, se podrá considerar realizar:
    - Reunión de inicio: Actividad de presentación del Comité de Auditoría ante el servicio o unidad donde se brindó la atención que se va a auditar para informar los criterios a emplear, los objetivos, el alcance y el cronograma.
    - Reunión final o de cierre: Discusión con los auditados respecto a los contenidos del informe de campo, presentando de forma objetiva los hallazgos, con la finalidad de hacerlo una oportunidad de mejora.
- 6.3.3. **Elaboración del Informe Final.**- (Ver Anexo N° 2). Corresponde al Comité de Auditoría:
- a. Redactar de manera clara y concisa las No Conformidades de la auditoría, así como las conclusiones y recomendaciones.
  - b. Elevar el informe final a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien la remitirá a la Dirección del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, luego de verificar que cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.

- e. Documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior para la mejora de los procesos y procedimientos asistenciales, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.

**1.1.4. Implementación de las Recomendaciones.-** Comprende:

- a. Diseñar, aprobar y ejecutar un conjunto de acciones preventivas y/o correctivas orientadas a implementar las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría.

Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Jefes o responsables de los Servicios o Áreas consignados explícitamente en las recomendaciones del informe de Auditoría de la calidad de atención.

**1.1.5. Seguimiento de las Recomendaciones.-** Comprende el monitoreo y la verificación del cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría de la Calidad de Atención. Esta etapa corresponde ser ejecutada por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien debe:

- a. Elaborar y mantener un registro de las recomendaciones formuladas en cada Informe de Auditoría (debe incluir: Número y fecha del Informe de Auditoría, Recomendación, el(los) responsable(s) de implementarlas, Plazos estrictos, Fecha de Seguimiento y Estado de la implementación).
- b. Acordar con los involucrados un plan de implementación de las recomendaciones, precisando objetivos, metas, plazos y responsabilidades.
- c. Solicitar por escrito al personal responsable encargado de implementar las recomendaciones, la documentación que sustente la situación en que se encuentra la implementación de las recomendaciones.
- d. Elaborar y presentar el informe de seguimiento a la máxima autoridad de la institución de corresponder.
- e. De considerarlo necesario se deberá programar la realización de visitas para verificar la implementación de las recomendaciones.

## **6.4. DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

6.4.1. La Auditoría de la Calidad de la Atención en 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.

6.4.2. 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.

Esta metodología se aplica para las Auditorías programadas y para las Auditorías de Caso.

6.4.3. Una vez concluido el análisis de la información recabada se procederá a la elaboración del informe final, de acuerdo al modelo del Anexo N° 2.

- 6.4.4. El Comité de Auditoría elevará su Informe Final a la Unidad Orgánica responsable de la 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.
- 6.4.5. Las Auditorías Programadas pueden realizarse, entre otros, ante:
- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
  - Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
  - Reintervenciones quirúrgicas.
  - Tiempos de espera prolongados.
  - Operaciones cesáreas primarias.
  - Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).
  - Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.
  - Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación.
- 6.4.6. Las Auditorías de Caso deben realizarse, entre otros, ante:
- Casos de mortalidad materno – perinatal.
  - Reingresos por el mismo diagnóstico.
  - Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.
  - Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
  - Eventos centinela.
  - 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

## 6.5 DEL PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD ANTE UN INCIDENTE: AUDITORÍA DE CASO

- 6.5.1. Cuando ocurre un incidente en un establecimiento de salud, o en un servicio médico de apoyo, como los señalados en el numeral 6.4.6. de la presente NTS, independientemente de que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares, debe iniciarse una Auditoría de Caso, siempre como Auditoría Médica. Este procedimiento, una Auditoría Interna, debe ser dispuesto por la Dirección del Establecimiento en Salud, o del servicio médico de apoyo, y comunicarlo a la Dirección.
- 6.5.2. Cuando el Comité de Auditoría Médica tuviese elementos de juicio suficientes para presumir que el incidente, en una auditoría de caso, hubiese sido motivado por la participación de otros profesionales de la salud no médicos que participaron en la atención, podrán proponer que se realice una Auditoría en Salud en lugar de la Auditoría Médica.
- 6.5.3. La Auditoría de Caso tiene por objeto evaluar y cautelar el respeto por los derechos del usuario o paciente, entre ellos, a recibir atención de calidad en los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, identificando factores causales y contributivos sobre los cuales intervenir correctivamente para que eventos semejantes no vuelvan a ocurrir.
- 6.5.4. Si la Autoridad Nacional de Salud o la Autoridad Regional de Salud (ANS/ARS) toma conocimiento del incidente, puede disponer que se inicie una Auditoría de Caso en el marco del procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud pudiendo realizarla:
- El Comité del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Auditoría Interna)
  - El Comité de otro establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Auditoría Externa)
  - Un Comité especial (Auditoría Externa)

La ANS/ARS comunicará la disposición a la máxima Autoridad del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, que brindó la atención de salud a auditarse.

- 6.5.5. Cuando proceda realizar una Auditoría de Caso, la máxima Autoridad del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas tiene la responsabilidad de proporcionar una copia foliada y fedateada o legalizada de la correspondiente historia clínica, completa, a la unidad orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en el Establecimiento en Salud, o servicio médico de apoyo, o al Coordinador de la Auditoría de la Calidad del Establecimiento.
- 6.5.6. Cuando la Auditoría Interna concluye, el Director del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, deberá disponer las acciones correctivas correspondientes.
- 6.5.7. El Director del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, además de disponer las acciones correctivas, elevará el Informe Final a la ANS/ARN, cuando haya sido dispuesta por ellos, en los plazos que establece la presente NTS.
- 6.5.8. La ANS/ARS a través de la unidad orgánica correspondiente, determinará si la Auditoría de Caso y el Informe Final cumplen con los requisitos de calidad de la Auditoría. De ser así, dará por aceptadas las conclusiones.

En caso de rechazarla, podrá:

- Devolver el Informe para su revisión y reformulación, por única vez, o,
  - Disponer una Auditoría Externa a cargo de otro Establecimiento de Salud, o servicio médico de apoyo, del mismo nivel o superior, o de un Comité Especial.
- 6.5.9. La ANS/ARS podrá disponer, de manera excepcional, una Auditoría Dirimente si sobre un incidente hay una Auditoría Interna y una Auditoría Externa, o dos Auditorías Externas, que cumplen ambos los requisitos de calidad de la Auditoría, pero sus conclusiones no son coincidentes.
  - 6.5.10. La Auditoría Dirimente es una Auditoría Externa que realiza un Comité, convocado únicamente por la ANS/ARS. Es concluyente y la ANS/ARS la aceptará solo si el Informe Final cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría. Si no los cumpliera, la ANS/ARS lo devuelve al Comité para que subsanen las deficiencias y mejoren la calidad del informe.
  - 6.5.11. El Informe Final de la Auditoría de Caso del Procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un Incidente o evento adverso, podrá ser utilizado para las acciones administrativas que correspondan, si así lo dispone el Director del establecimiento de salud.
  - 6.5.12. En la auditoría de caso se debe identificar mediante el código al ordenar.
  - 6.5.13. El paciente puede solicitar una fotocopia del informe de Auditoría de Caso, en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, para los fines que estime pertinente.
  - 6.5.14. El Procedimiento de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un Incidente puede concluir en la Auditoría Interna o en la Auditoría Externa y excepcionalmente en la Auditoría Dirimente.
  - 6.5.15. Los informes de Auditorías de Caso serán remitidos por los establecimientos y servicios médicos de apoyo a las DIRESA/GERESA/DISA/IGSS según corresponda trimestralmente. La Dirección General de Prestaciones en Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud es la Entidad Técnica y Normativa del proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a nivel Nacional, y tiene la facultad de solicitar información sobre los procesos de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a las entidades públicas y privadas a nivel Nacional, consideradas en el ámbito de aplicación de la presente NTS.

## 6.6. DE LA ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

- 6.6.1. El Informe Final de la Auditoría de la Calidad que se presenta a la Dirección del establecimiento de salud tendrá la siguiente estructura (ver Anexo N° 2):
  - ENCABEZADO
  - 1) ANTECEDENTES

- 2) ORIGEN DE LA AUDITORÍA
  - 3) TIPO DE AUDITORÍA
  - 4) ALCANCE DE LA AUDITORÍA
  - 5) METODOLOGÍA 6) INFORMACIÓN CLÍNICA
  - 7) HALLAZGOS
  - 8) CONCLUSIONES
  - 9) RECOMENDACIONES
  - 10) FIRMAS
  - 11) ANEXOS
- 6.6.2. El **ENCABEZADO** contiene la consignación básica que identifica el informe, su destino, su origen y el asunto que lo motiva.
- Comprende:
- El **Número del Informe Final y la codificación** de la Auditoría; numeración correlativa, única e intransferible que lleva el Comité de Auditoría correspondiente del Establecimiento de Salud.
  - El **Destinatario**, corresponde al Director del establecimiento de salud (A: .....)
  - El **Remitente**, corresponde a la denominación del Comité de Auditoría que presenta el Informe Final. (De: .....)
  - El **Asunto**, corresponde a la Auditoría de la Calidad de la Atención brindada al **paciente identificado/a con un código** (en resguardo de la confidencialidad), nombre del(de) los servicio(s) asistencial(es), código de RENIPRESS y categoría del establecimiento de salud, donde se brindó la atención a (la) paciente, y el número de Historia Clínica.
  - **Referencia**, corresponde al documento que le da origen, especialmente si se trata de una Auditoría de Caso.
  - **Fecha del Informe**, que debe ser aquella en la que se concluye e idealmente la misma en que se presenta los resultados de la Auditoría de la Calidad.
- 6.6.3. Los **ANTECEDENTES**: Relato cronológico de los hechos que dan origen a la realización de la auditoría (la atención brindada, auditorías anteriores del caso y otros).
- 6.6.4. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA**: Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, del juez o autoridad competente).
- 6.6.5. **TIPO DE AUDITORÍA**: Clasificada según lo dispuesto en la presente NTS.
- 6.6.6. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada a/la paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año} y en el servicio xx)
- 6.6.7. **METODOLOGÍA**: La metodología recomendada por la presente norma es:
- Reconstrucción documentada de los hechos y su cronología.
  - Análisis de la información disponible.
  - Entrevistas y registro de declaraciones, (de ser necesario).
  - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (eventos adversos graves).
  - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud auditados, identificando los hallazgos y las no conformidades.
- 6.6.8. **INFORMACIÓN CLÍNICA**: 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.

6.6.9. **HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades, identificadas al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.

Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

- **Sumilla:** Título de la No Conformidad.
- **Condición:** Descripción narrativa de la No Conformidad.
- **Criterio:** Dispositivo legal, normativa u otra disposición que debe aplicarse para brindar una atención.

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.

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

6.6.10. **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 (mediante códigos) que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.

6.6.11. **RECOMENDACIONES** (acción correctiva): Describe las acciones de mejora a realizar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, para subsanar las causas de las no conformidades identificadas en la auditoría, entre otras. Toda recomendación debe señalar lo siguiente: Qué se debe realizar, quién lo va a realizar, y el plazo para realizarlo. También deben considerarse las oportunidades de mejora identificadas en la Auditoría, así como aquellas acciones o prácticas correctas identificadas, a fin que sean mantenidas o preservadas.

6.6.12. **FIRMAS:** Registro al pie del Informe de los nombres y apellidos, sello y N° de colegio profesional y del Registro Nacional de Especialista, así como el Registro Nacional de Auditor, si fuera el caso, de los miembros del Comité de Auditoría que participaron en la auditoría.

6.6.13. **ANEXOS:** Consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención. En la Auditoría de Caso se debe identificar debidamente al personal involucrado en el proceso de atención, información que será de conocimiento del Director del Establecimiento de Salud.

## 6.7. DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD PARA EVALUAR EL INFORME FINAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE 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. Estos requisitos son:

6.7.1. Observa la estructura del Informe de Auditoría, contenida en el Anexo N° 2.

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

6.7.3. 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.

6.7.4. 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 y

- c) 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.

- 6.7.5. El Informe será redactado de forma ordenada, en lenguaje sencillo y objetivo.
- 6.7.6. El Informe será integral (audita todos los aspectos pertinentes sobre el incidente clínico).
- 6.7.7. Utiliza todos los criterios de auditoría necesarios y pertinentes.

## 6.8. DE LOS PLAZOS PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

- 6.8.1. Las Auditoría Programadas deberán realizarse dentro de los tiempos planificados, no debiendo exceder en ningún caso de veinte (20) días hábiles.
- 6.8.2. 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.
- 6.8.3. 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.
- 6.8.4. 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.
- 6.8.5. Los miembros de los Comités, incluidos los Equipos de Auditorías Adscritos a dichos comités, son responsables del escrupuloso cumplimiento de los plazos establecidos.
- 6.8.6. 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.
- 6.8.7. La Dirección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, y el responsable de la Unidad Orgánica a cargo de la 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.
- 6.8.8. La Dirección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, 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.

## 6.9. DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

- 6.9.1. La Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad debe comunicar mediante documento, a la Dirección del establecimiento de Salud, o servicio médico de apoyo, 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 o servicio médico de apoyo, 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 Orgánica responsable de la 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.

- 6.9.2. 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.
- 6.9.3. 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.
- 6.9.4. El informe contara con la estructura establecida en el anexo N° 2.
- 6.9.5. En el caso de los servicios médicos de apoyo que cuenten con historia clínica electrónica, o algún otro tipo de registro, también deberán cumplir con esta entrega.

## 6.10. DE OTROS ACTORES RELACIONADOS CON LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

En el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, se tienen las siguientes responsabilidades respecto al Procedimiento de las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud:

### 6.10.1. Del Director del Establecimiento

- a) Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- b) Expedir la resolución directoral de conformación de los comités de auditoría.
- c) Asegurar los recursos adecuados para la operatividad de los comités de auditoría y de los equipos de auditoría adscritos.
- d) Disponer que los integrantes de los comités dediquen a las actividades de auditoría de la calidad de atención en salud, de acuerdo a la estructura orgánica del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, un tiempo mínimo de:
  - i. Tres (03) horas semanales para establecimientos o servicios médicos de apoyo de Nivel I.
  - ii. Seis (06) horas semanales para establecimientos o servicios médicos de apoyo de Nivel II y III, pudiendo ser más si así lo estima necesario.
  - iv. Dicho tiempo será parte de la programación laboral mensual formal de los integrantes de los comités.
- i) Promover y estimular la capacitación de los profesionales de la salud del establecimiento a su cargo, en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- j) Tomar conocimiento de las conclusiones emitidas en los informes de los comités de auditoría así como disponer la implementación de las recomendaciones.
- k) También puede devolver el Informe Final cuando dicho informe no cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en numeral 6.7. de la presente NTS.

### 6.10.2. Del Responsable de la Unidad Orgánica de Gestión de la Calidad del Establecimiento

- a) Coordinar con los Comités de Auditoría de la Calidad la elaboración del Plan Anual de Auditoría, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades.
- 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 los Comités de Auditoría de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud.

- 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 comités de auditoría.

**6.10.3.** Si la complejidad del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, lo hace recomendable, en su Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, podrá existir un Coordinador de Auditoría de la Calidad, para el cumplimiento de lo señalado en el numeral anterior. Ese coordinador debe ser un profesional médico con formación en Auditoría de la Calidad y debe cumplir con el perfil de Auditor.

### 6.11. DEL REPORTE DE ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, reportarán a sus respectivas instancias organizacionales inmediatas superiores, el informe que contenga las actividades relacionadas a la Auditoría de la Calidad y la ejecución y cumplimiento de dicha programación. Todos los establecimientos y servicios médicos de apoyo, remitirán dicha información trimestralmente, en los quince (15) días siguientes de concluido el trimestre, al IGSS/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, según corresponda, bajo responsabilidad de los jefes o directores de dichos establecimientos y del órgano responsable de la calidad.

El IGSS/DIRESAS/GERESAS o a la que haga sus veces, reportarán la información consolidada de su ámbito, a la Dirección General de Prestaciones de Salud, dentro de los treinta (30) días de concluido el trimestre a reportar .

### 6.12. ACERCA DE LA EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES

La Auditoría de Gestión Clínica o de Gestión Sanitaria es 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.

La Auditoría de Gestión Clínica incluye, entre otros, la evaluación de la calidad de los registros asistenciales, a través del cual se analiza el cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica vigente.

Se podrán utilizar según corresponda, los formatos de evaluación de:

- Registros del Médico: Notas de evolución, Hoja de Indicaciones, interconsultas y demás notas clínicas correspondiente al profesional.
- Registros del(de la) Enfermero(a): Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos Vitales, Kárdex de Enfermería y Notas de Evolución de Enfermería.
- Registros del Obstetra no Médico Cirujano: Hoja de Balance Hídrico, Partograma, Historia Clínica Materno-Perinatal, Kárdex de Obstetricia y Hoja Gráfica de Signos Vitales.
- Registros del Odontólogo: Historia clínica odontológica y el odontograma.

Los formatos de evaluación de la calidad de registro y sus instrucciones, así como un tipo de formatos para evaluar auditoría de la calidad estarán colocados en la página WEB del MINSa para poder descargarlos.

## 7 RESPONSABILIDADES

### 7.1. NIVEL NACIONAL

- a. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Prestaciones en Salud es responsable de la difusión de la presente NTS hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica y supervisar su aplicación.
- b. Las Gerencias o Direcciones de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, son responsables de difundir y hacer cumplir la presente NTS en los establecimientos de salud de su competencia.

### 7.2. NIVEL REGIONAL

- a. Las DIRESA/GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la presente NTS en su jurisdicción, así como de brindar asistencia técnica y supervisar su aplicación.
- b. Las DIRESA/GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de disponer y/o ejecutar la Auditoría externa, en los casos que no se haya realizado la Auditoría interna, o cuando lo estime pertinente.
- c. Las DIRESA/GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de disponer la Auditoría Dirimente en su jurisdicción.
- d. En Lima Metropolitana, el IGSS o quien haga sus veces es responsable de disponer y/o ejecutar la Auditoría externa, en los casos que no se haya realizado la Auditoría interna, o cuando lo estime pertinente.

### 7.3. NIVEL LOCAL

- a. Los Directores, Gerentes o Jefes de los Establecimientos de Salud, y de los servicios médicos de apoyo, son responsables de cumplir y hacer cumplir lo dispuesto en la presente NTS.
- b. Las unidades orgánicas de los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, responsables de la Gestión de la Calidad, cumplen y hacen cumplir lo dispuesto en la presente NTS.

## 8 DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. El IGSS/DIRESAS/GERESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, deben realizar periódicamente actividades de difusión con los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de su ámbito, según corresponda, para resaltar y reforzar la importancia de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, con los miembros de las unidades responsables de Gestión de la Calidad y de los comités de auditoría.
- 8.2. Los Directores de hospitales, de las DIRESAS/GERESAS o la que haga sus veces en el ámbito regional, dispondrán la conclusión sumaria de las auditorías de caso que se encuentren inconclusas a la fecha de aprobación de la presente NTS y que hayan sido abiertas hasta diciembre de 2015, debiendo tomar las acciones pertinentes para tal fin, y reportarlo a la Dirección General de Prestaciones en Salud.
- 8.3. El Ministerio de Salud, Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las DIRESA/GERESA, sus redes y SUSALUD a través de sus órganos de gestión de calidad, u otros según corresponda, podrán realizar auditoría de la calidad de atención en salud en el momento que estimen necesario.
- 8.4. El Ministerio de Salud puede conformar un Comité Auditor para la realización de auditorías de la calidad de atención de salud, cuando así lo estime necesario, en razón del ejercicio de la Autoridad de Salud.
- 8.5. Las auditorías realizadas por SUSALUD para la investigación de un evento que presuntamente vulnere los derechos en salud de las personas se rigen por los documentos de gestión, manuales, instrumentos y formatos que ésta establezca.

## 9 ANEXOS

- Anexo N° 1: Definiciones Operativas
- Anexo N° 2: Modelo General de Informe de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (Auditoría Programada)
- Anexo N° 3: Modelo General de Informe de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (Auditoría de Caso).
- Anexo N° 4: Modelo del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención.

## ANEXO N° 01 DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **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 a los usuarios de **manera individual**, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:
  - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
  - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
  - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos.

2. **AUDITORÍA INTERNA.-**Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.
3. **AUDITORÍA EXTERNA.-**Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
4. **AUDITORÍA MÉDICA.-** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
5. **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, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
6. **AUDITORÍA PROGRAMADA.-** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
7. **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.
8. **AUDITORÍA REGULAR/ORDINARIA.-**Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.
9. **AUDITORÍA DIRIMENTE.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de 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.
10. **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 y reglas

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.

11. **ACCIÓN CORRECTIVA.-** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
12. **ACCIÓN PREVENTIVA.-** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
13. **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.
14. **CALIDAD DE LA ATENCIÓN.-** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
15. **CAUSA.-** Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.
16. **CONCLUSIÓN.-** Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
17. **CONDICIÓN.-** Descripción del 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.
18. **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, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del 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.
19. **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.
20. **EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO.-** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.
21. **ESTABLECIMIENTO DE SALUD.-** Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, actividades de prevención, promoción, recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
22. **EVENTO ADVERSO.-** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
23. **EVENTO CENTINELA.-** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

24. **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.
25. **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.
26. **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.
27. **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.
28. **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.
29. **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.
30. **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.
31. **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.
32. **NO CONFORMIDAD.-** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
33. **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 del establecimiento o su equivalente (Ver Anexo Nº 4).
34. **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 quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.
35. **RIESGO.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
36. **SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO.-** Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento, con o sin internamiento según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas clínicos.
37. **SUMILLA.-** Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoría.

## ANEXO N° 2

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

(Auditoría Programada)

Auditoría N° -XXXXX-20...

A : Director del Hospital

De : Equipo Auditor

Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud brindada al paciente XX N ° XX  
historia clínica del servicio XX.

Referencia :

Fecha del Informe :

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

## ANEXO N° 3

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

#### (Auditoría de Caso)

Auditoría N° \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -201...

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

1. ANTECEDENTES: Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA: Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, 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 proporcionada al paciente xx, en el establecimiento 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 documentada 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. INFORMACIÓN CLÍNICA: Resumen de la información concerniente a las asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
7. HALLAZGOS: Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.

Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

- **Sumilla.**
- **Condición.**
- **Criterio.**

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.

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 solo 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 presente NTS.

## ANEXO N° 4

### MODELO DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1. **Introducción:** Parte esencial del plan que contiene la explicación y justificación del mismo.
2. **Finalidad:** Describe el efecto o impacto que se quiere alcanzar con la aplicación del plan.
3. **Objetivos:** Describe los logros que se esperan alcanzar con la aprobación del plan. Pueden considerarse objetivos generales o específicos según corresponda los cuales deben servir para orientar la medición y el análisis de los resultados de su aplicación.
4. **Base Legal:** Precisa los dispositivos legales vigentes directamente relacionados con el plan y que sustentan su emisión.
5. **Ámbito de Aplicación:** Define los límites de aplicabilidad del plan.
6. **Actividades:** Acciones planificadas para el logro de los objetivos.
7. **Criterios de Selección y características de sus muestras** (por departamento/ área/ servicio en caso de Hospitales, Institutos, Redes y Microrredes).
8. **Comités de auditoría por hospitales/ departamentos/servicios:** Relación de los comités de auditoría de (de los) hospital (es) o de (de los) servicios, cada uno con el número de Resolución.
9. **Anexo:** Cronograma

**ANEXO N° 5**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA**

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
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				
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5	
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
AUDITORÍA POR DIAGNÓSTICO	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa. Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa. No existe: No se registran los datos.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.
MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.
ANTECEDENTES	
FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLOGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	

FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleta: No se registran los datos completos. No existe : no se registra ningún dato
PESO , TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto: Se registran de manera parcial No existe: No se registran los datos
ESTADO DE HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA , PIEL Y ANEXOS	Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico, No existe: No se registra ningún dato sobre el particular.
EXAMEN FÍSICO REGIONAL DIRIGIDO	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNOSTICO	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico, Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No existe: No se registra / No concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control, No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
INTERCONSULTAS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleta: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden, No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden, No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
FECHA DE PRÓXIMA CITA	Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder.
TERAPEÚTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría .No existe : No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con el/los diagnósticos establecidos.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA (APLICABLE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)	Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención integral por etapa de vida pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida.

PULCRITUD	Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.
LEGIBILIDAD	Completo: Letra legible y clara en la historia clínica No existe: No se cumple con el estándar.
NO USO DE ABREVIATURAS	Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.
EVOLUCIÓN	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya realizado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a interurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.
CÁLCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

ANEXO N° 6			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
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 cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	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		
ESPECÍFICA 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 ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	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 CLÍNICA	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			

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 6</b>	
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA</b>	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio Profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Datos que deben registrarse al momento de abrir la historia clínica. Se asignará un puntaje de 0.5 a cada ítem, y la ausencia de alguno de ello se califica como No Conforme. Si el paciente es NN se califica No Aplica.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Conforme: Se registra fecha y hora de la atención, No conforme: no se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Conforme: Signos y síntomas principales motivos de la evaluación por emergencia. No conforme: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Conforme: Se consigna el tiempo que refiere el paciente y/o acompañantes de iniciados los signos y síntomas y/o de la ocurrencia de los sucesos que motivan la atención por emergencia No Conforme: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Conforme: Claro, consigna características de los signos, síntomas y eventos relacionados con los motivos de atención por emergencia. No Conforme: no se registra/no está redactado de manera coherente/no está relacionado con los signos y síntomas principales
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Conforme: Se registran los datos referentes a variaciones en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y peso. No conforme: se registran en forma parcial o no hay registro de los datos.
ANTECEDENTES	Conforme: Se registran los antecedentes personales fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes según la anamnesis y que contribuyan a la orientación diagnóstica y/o terapéutica No Conforme: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Conforme: Se registran los datos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratorio(FR), Frecuencia cardíaca(FC), Presión arterial (PA), ( la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse No Conforme: No se registra ningún dato o se registra de forma parcial
ESCALA DE GLASGOW	Conforme: se registra en pacientes con deterioro del nivel de conciencia. No conforme: no se registra el dato cuando corresponda.
PESO	Conforme: Se registra el peso en población pediátrica excepto cuando el estado clínico del paciente no lo permita. No conforme: No se registra el dato correspondiente cuando corresponda.
ESTADO DE GRAVEDAD, POSTURA, HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA, PIEL Y ANEXOS	Conforme: Se registran estos datos como parte del examen físico general, No conforme: No se registran los datos o no se registran los prioritarios según la anamnesis.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Conforme: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional por aparatos y sistemas priorizados según la anamnesis. No conforme: No se registran los datos sobre el examen clínico regional o no se evalúan los aparatos y sistemas pertinentes según anamnesis.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Conforme: Se registran los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. No conforme: No se registran los diagnósticos presuntivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Conforme: Se registran los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No conforme: No se registra o no es concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Conforme: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. No conforme: No se registra el CIE 10 en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados

PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según el caso No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de apoyo al diagnóstico.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de diagnóstico por imágenes.
PROCEDIMIENTOS	Conforme: Se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios, según el caso. No conforme: No se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados.
INTERCONSULTAS SOLICITADAS	Conforme: Se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No Conforme: No se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No aplica: El caso no amerita interconsultas
REFERENCIAS	Conforme: Se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No Conforme: No se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive según el caso. No aplica: el caso no amerita referencias.
RESULTADOS DE EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados se encuentran anexados a la historia clínica.. No Conforme: Los resultados de los exámenes de Apoyo al diagnóstico solicitado no se encuentran anexados a la historia clínica.
RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Hojas de Interconsulta con la respuesta a la interconsulta se encuentran anexadas a la historia clínica. No Conforme: Las respuestas a las interconsultas no se encuentran anexadas a la historia clínica.
TRATAMIENTO	Conforme: Se prescribe el tratamiento concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados y se consignan los ítems señalados en la "Ficha de auditoría de calidad de atención de emergencia". No conforme: No se registra el tratamiento prescrito o no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados.
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	Conforme: Registran datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (alta, observación, hospitalización, morgue) No conforme: No registran datos señalados o se registran de forma parcial.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: la historia cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No Conforme: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.
SE APLICA A PACIENTE QUE SE QUEDA EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Conforme: Se registran los ítems señalados en la ficha de auditoría (10) No conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial.
TRATAMIENTO EN OBSERVACIÓN (HOJA TERAPEÚTICA)	Conforme: Concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7) No Conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial/el tratamiento no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. En cuanto a Medidas Generales se refiere a dieta, posición, reposo, etc.
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA *	Conforme: La Historia clínica cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación realizada a las fichas. Correspondientes No Conforme: No se registran los ítems señalados en la Ficha de auditoría o no se encuentran correctamente llenados.
* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará los formatos correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio"	
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHSOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

<b>ANEXO N° 7</b>					
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN</b>					
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA					
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					
<b>II) OBSERVACIONES</b>					
<b>ANAMNESIS</b>	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>FILIACIÓN</b>					
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				
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4.5</b>				
<b>ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES</b>					
	<b>COMPLETA</b>	<b>INCOMPLETA</b>	<b>EN EXCESO</b>	<b>NO EXISTE</b>	<b>NO APLICA</b>
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	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	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>				

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
<b>Examen Clínico General</b>					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (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
Régimen 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	1			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					

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 7</b>	
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN</b>	
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	Fecha de la atención
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo
CIE 10	
<b>II) OBSERVACIONES</b>	
FILIACIÓN	Completo: Se registra en la historia clínica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 18 en la ficha de hospitalización. No existe: No se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Completo: Se registran los signos y síntomas principales, que caracterizan la enfermedad actual. No existe: no se registran el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta No existe: No se registra el dato.
FORMA DE INICIO	Completo: Se registra la forma de inicio de la enfermedad (brusco, insidioso). No existe: No se registra en la historia clínica.
CURSO DE LA ENFERMEDAD	Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clínica.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y síntomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y síntomas n que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el relato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones. Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.
ANTECEDENTES	Completo: Se registran los antecedentes positivos y negativos: personales generales, hábitos nocivos, inmunizaciones, alergias, antecedentes personales fisiológicos, antecedentes obstétricos en sexo femenino, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares. Incompleto: Se registran de manera parcial los antecedentes. No existe: No se registran los datos correspondientes.
<b>EXAMEN CLÍNICO</b>	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratorio (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), (la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra en forma incompleta.
PESO, TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables.
	No existe: No se registran los datos o se registran de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO GENERAL	Completo: Se registran este dato estado de gravedad, fascies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis.
	No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total.
	Incompleto: se registran en forma parcial.
	No existen: No se registran
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. No existe: No se registra

CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: Se registra el CIE 10 en forma parcial los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.
PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA(LABORATORIO)	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC).Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de patología clínica.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes.
INTERCONSULTAS	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica. Completas: cuando se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. En exceso: se solicitan además de las pertinentes, otras no concordantes. No existen: no se solicitan interconsultas.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPEÚTICOS	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC).Completos: cuando se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros no concordantes. No existen: no se solicitan.
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y con la Guía de Práctica Clínica. Se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7). Incompleto: Se prescribe el tratamiento de manera parcial y/o no se registran en su totalidad los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existe: No se registra los ítems señalados o no es coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Completas: Se registran todos los ítems señalados en la ficha de auditoría (8) y consigna funciones vitales e información sobre procedimientos realizados. Incompletas: Se registran de forma parcial los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existen: No se registran los datos señalados o no son concordantes con el caso.
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA *	Completa: Cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación correspondiente. No existe: No cuenta con los ítems señalados o no se encuentran correctamente llenados.
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	Completo: Se registran los datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (Alta, observación, hospitalización, Morgue) y cuenta con epicrisis. No existe: No se registran los datos señalados.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Completo: la Historia Clínica cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No existe: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.
FORMATOS ESPECIALES	Se evaluarán los formatos especiales y se otorgará el puntaje correspondiente a completo, si los formatos se encuentran correctamente llenados.
* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará las fichas de evaluación correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio".	
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

<b>ANEXO N° 8</b>			
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBS- TETRICIA</b>			
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBS- TETRICIA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>II) OBSERVACIONES</b>			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PESO (Según sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>13</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL	6	0	NA
VIA PARENTERAL	6	0	NA
AGUA DE OXIDACIÓN	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	NA
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS:			
DIURESIS	6	0	
DEPOSICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>	<b>6</b>		
<b>BALANCE TOTAL</b>	<b>11</b>		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>77</b>		

CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE	2	0	
PULCRITUD	2	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO U OBSTETRA	4	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 8</b>		
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/OBSTETRICIA</b>		
La Ficha es un instrumento para auditar la hoja de balance hídrico elaborado por Obstetra u enfermera		
La aplicación de la ficha se realizara por balance (24 horas)		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA	Registro de matrícula del Colegio profesional	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la H.C.	
CIE 10		
VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>		
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO / PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO (Según sistema del servicio)	Registra dato	No registra dato
FECHA	Registra dato	No registra dato
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>		
<b>REGISTRA LOS INGRESOS:</b>		
VÍA ORAL /ENTERAL	Registra dato	No registra dato
VÍA PARENTERAL	Registra dato	No registra dato
AGUA DE OXIDACIÓN	Registra dato	No registra dato
TRANSFUSIONES	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE INGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
<b>REGISTRA LOS EGRESOS:</b>		
DIURESIS	Registra dato	No registra dato
DEPOSICIONES	Registra dato	No registra dato
VÓMITOS	Registra dato	No registra dato
PERDIDAS INSENSIBLES	Registra dato	No registra dato
OTROS EGRESOS	Registra dato	No registra dato
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
<b>BALANCE TOTAL</b>	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto

<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>		
REGISTRO LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	con borrones y/o enmendaduras
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO/ OBSTETRA	Sello y firma del que cierra el balance que debe ser al finalizar el turno noche	Sin sello y/o firma
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial: <b>Azul</b> de día (mañana y tarde), <b>Rojo</b> de noche	No usa color oficial
<b>CÁLCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ITEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

ANEXO N° 9			
FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	1	0	
N° HISTORIA.	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	7	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	7	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	7	0	
REGISTRA TEMPERATURA	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/ MIN.	7	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	7	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>56</b>		

<b>OTROS REGISTROS</b>			
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	4	0	
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGIA)	3	0	NA
PESO	4	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>27</b>		NA
<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSIÓN</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 9</b>		
<b>FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA</b>		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>		
Miembros del comité de auditoria	Nombres completos de el/los auditores	
Número de auditoría	Número de auditoría realizada	
Fecha de auditoría	Fecha en que se realiza la auditoria	
Servicio auditado	Servicio seleccionado para realizar la auditoria	
Asunto	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)	
Fecha de la atención brindada	Fecha de la atención	
Codificación de la historia clínica	Colocar el código de la historia clínica	
Codificación del profesional	Colocar el código del profesional	
Diagnóstico	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica.	
CIE 10		
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
Nombres y apellidos	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Tipo y N° seguro, registro,	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Número de historia.	Registra los datos completos	No registra dato
Servicio/Piso/ Unidad	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/no registra
N° de cama	Registra los datos completos	No registra dato
Fecha de ingreso del paciente	Registra dato	No registra dato
Estancia	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que la paciente está hospitalizado independiente del servicio)	No registra dato
Sexo	Registra dato	No registra dato
Edad	Registra dato	No registra dato
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>		
Registra frecuencia cardiaca	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registra frecuencia respiratoria	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registra presión arterial	Registra dato	No registra dato
Registra temperatura	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registro basal de la temperatura en 36 °C	Registra dato	No registra dato
Registro basal de frecuencia cardiaca en 60 por min.	Registra dato	No registra dato
Registro basal de frecuencia respiratoria 12 por min.	Registra dato	No registra dato
Registra trazado lineal (color rojo en 37°C)	Registra dato	No registra dato
<b>OTROS REGISTROS</b>		
Registra operación y días post operatarios si el caso requiere	Registra dato	No registra dato
Registra total de egresos en 24 horas (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	Registra dato	No registra dato
Registra días de menstruación (ginecología)	Registra dato	No registra dato
Peso	Registra dato	No registra dato
Talla	Registra dato	No registra dato

Registro de alergias medicamentosas	Registra dato en color rojo	No registra dato
Registra componentes sanguíneos	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>		
Letra y números legibles	Legible	No legible
No borrones ni enmendaduras	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendadura
Uso de lapicero de color oficial (azul y rojo)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardíaca y picos febriles)	No usa color oficial
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

<b>ANEXO N° 10</b>			
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
PESO	1	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	1	0	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	1	0	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
FECHA	7	0	
HORA	7	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	7	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VIA, MEDICAMENTO, HORA	16	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDAAL DIAGNÓSTICO	7	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	7	0	NA
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	7	0	NA
FECHA Y HORA DE CITA	7	0	NA
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	16	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>81</b>		
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	1	0	
PULCRITUD	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	3	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>7</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

CALIDAD DEL KÁRDEX		CALIFICATIVO
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento “/”, Suspensión “//”, no cumplimiento “0”)		30
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS		35
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTER-CONSULTA SOLICITADA		35
Total		100
CALIFICACIÓN		
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
III.- NO CONFORMIDAD		
IV.- CONCLUSION		
V.- RECOMENDACIONES		

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 10</b>		
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA</b>		
<b>Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0</b>		
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>		
<b>MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA</b>	Nombres completos de el/los auditores	
<b>NÚMERO DE AUDITORÍA</b>	Número de auditoría realizada	
<b>FECHA DE AUDITORÍA</b>	Fecha en que se realiza la auditoria	
<b>SERVICIO AUDITADO</b>	Servicio seleccionado para realizar la auditoria	
<b>ASUNTO</b>	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
<b>FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA</b>	Fecha de la atención	
<b>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	Colocar el código de la historia clínica	
<b>CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL</b>	Colocar el código del profesional	
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
<b>CIE 10</b>		
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA		
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato	No registra dato
CONTENIDO DEL REGISTRO		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato
HORA	Registra dato (hora de administración del medicamento, exámenes, interconsultas, otros)	No registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.	Registra datos incompletos
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos completos	Registra datos incompletos

FECHA Y HORA DE CITA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
<p>EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.</p>		
<p>CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ÍTEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEM</p>		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

<b>ANEXO N° 11</b>			
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA</b>			
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>II) OBSERVACIONES</b>			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
NOMBRE Y APELLIDOS	2	0	
SEXO	2	0	
EDAD	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO.	2	0	
N° HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
N° DE CAMA	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>14</b>		
<b>CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERIA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>81</b>		
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	1		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)	2		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO	30		
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS	35		
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO	35		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 11</b>		
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA</b>		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>		
<b>MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA</b>	Nombres completos de el/los auditores	
<b>NÚMERO DE AUDITORÍA</b>	Número de auditoría realizada	
<b>FECHA DE AUDITORÍA</b>	Fecha en que se realiza la auditoría	
<b>SERVICIO AUDITADO</b>	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
<b>ASUNTO</b>	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
<b>FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA</b>	Fecha de la atención	
<b>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	Colocar el código de la historia clínica	
<b>CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL</b>	Colocar el código del profesional	
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
<b>CIE 10</b>		
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SEXO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
<b>PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	Registra dato	No registra dato

ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRAS LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
<p>EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.</p>		
<p>CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ITEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ITEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ITEM</p>		
<b>NO CONFORMIDAD</b>		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
<b>CONCLUSION</b>		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
<b>RECOMENDACIONES</b>		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

ANEXO N° 12			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
ASUNTO			
FECHA DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE			
DIAGNÓSTICOS			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN DE LA PACIENTE	5	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	5	0	
MEMBRANAS ROTAS	5	0	NA
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	
CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO AMNIÓTICO	5	0	
MOLDEAMIENTO DEL POLO CEFÁLICO FETAL	5	0	
DILATACIÓN CERVICAL	5	0	
DESCENSO CEFÁLICO	5	0	
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	5	0	
USO DE OXITOCINA	5	0	NA
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	5	0	NA
PRESIÓN ARTERIAL	5	0	
PULSO	5	0	
TEMPERATURA	5	0	
PROTEÍNAS, CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA	5	0	NA
SE ANOTO FECHA Y HORA DEL PARTO	5	0	
SE ANOTO PESO TALLA Y APGAR	5	0	
SE ANOTO TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	5	0	
SUBTOTAL	90		
ATRIBUTOS DEL PARTOGRAMA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	4	0	
PULCRITUD	3	0	
LEGIBILIDAD	3	0	
SUBTOTAL	10		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
CALIDAD DE ATENCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	20	0	
EVOLUCIÓN DEL PARTO	30	0	

TOMA DE DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO	40	0	NA
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA OMS	10	0	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>			
<b>POR MEJORAR</b>			
<b>DEFICIENTE</b>			
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 12	
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Auditoría de Ficha de Partograma
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICO(S)	Diagnóstico(s) presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	<b>Conforme:</b> Se Registran los datos correspondientes a: Nombres y apellidos de la paciente, Gravidéz, Paridad, Número de Historia Clínica. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
FECHA Y HORA DE INGRESO	<b>Conforme:</b> Se registra la fecha y Hora de Ingreso <b>No conforme:</b> No se registran los datos
MEMBRANAS ROTAS	<b>Conforme:</b> Se registra el tiempo de membranas rotas <b>No conforme:</b> No se registran los datos
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	<b>Conforme:</b> Se registra la Frecuencia cardiaca fetal cada 30 minutos. <b>No conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
LIQUIDO AMNIÓTICO	<b>Conforme:</b> Se registra el color del Líquido amniótico en cada examen vaginal, según la siguiente nomenclatura: I: membranas intactas, R: momento de la rotura de las membranas C: membranas rotas, líquido claro. M: líquido meconial, S: líquido sanguinolento. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
MOLDEAMIENTO	<b>Conforme:</b> Se registran los datos referente al moldeamiento del polo cefálico fetal según lo siguiente: 1: suturas lado a lado 2: Suturas superpuestas pero reducibles, 3: Suturas superpuestas pero no reducibles. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
DILATACIÓN CERVICAL	<b>Conforme:</b> Se marca con una "x" la dilatación del cuello uterino cada hora a partir de los 4 cm de dilatación según la hora de evaluación. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
DESCENSO DEL POLO CEFÁLICO	<b>Conforme:</b> Se registra con un círculo "0" en cada examen vaginal. Si se realiza por palpación abdominal, se registrará, según lo siguiente: 5/5: Completamente por encima del pubis. 4/5: sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente. 3/5: sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente. 2/5: sincipucio se siente, occipucio casi se siente. 1/5: sincipucio se siente, occipucio no se siente. 0/5 la cabeza no es palpable. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	<b>Conforme:</b> Se grafica cada media hora contando el número de contracciones en 10 minutos, se consigna además la duración de las mismas, según lo siguiente: Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado. Entre 20 y 40 segundos: Cuadrilátero con líneas oblicuas. Más de 40 segundos: Cuadrilátero oscuro. <b>No Conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza según la periodicidad señalada.
USO DE OXITOCINA	<b>Conforme:</b> Se registra la cantidad de oxitocina por volumen de líquido EV. En gotas por minuto cada 30 minutos, cuando se utilice. <b>No conforme:</b> No se registra el dato cuando se utiliza oxitocina. <b>No Aplica :</b> No se utiliza oxitocina
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	<b>Conforme:</b> Se registran los datos referentes a las drogas y líquidos adicionalmente utilizados. <b>No conforme:</b> No se registran los datos. <b>No Aplica :</b> No se utiliza medicamentos adicionales
PRESIÓN ARTERIAL	<b>Conforme:</b> Se registra la presión arterial cada 4 horas con puntas de flechas. <b>No conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
PULSO	<b>Conforme:</b> Se registra cada 30 minutos. <b>No conforme:</b> No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
TEMPERATURA	<b>Conforme:</b> se registra cada 02 horas, <b>No conforme:</b> no se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
PROTEINAS CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA	<b>Conforme:</b> Se registran los datos referentes a proteínas, cetonas y volumen de orina cuando exista indicación. <b>No conforme:</b> no se registran los datos de corresponder. <b>No aplica:</b> No existe indicación

FECHA Y HORA DEL PARTO	<b>Conforme:</b> Se registra la fecha y hora del parto. <b>No conforme:</b> No se registran los datos.
PESO, TALLA Y APGAR	<b>Conforme:</b> Se registra el peso, talla y puntaje de APGAR del recién nacido. <b>No conforme:</b> No se registra los datos.
TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	<b>Conforme:</b> Se registran los datos correspondientes a la duración del parto señalando de manera diferenciada los tiempos correspondientes al 1er, 2do y 3er periodo. <b>No conforme:</b> no se registran los datos correspondientes a la duración de los 03 periodos del parto o se realiza de forma incompleta.
<b>ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	<b>Conforme:</b> Se registra la firma y sello del médico u obstetra tratante. <b>No conforme:</b> se registra solamente sello o firma del médico u obstetra tratante o no se registra ninguno de los datos
PULCRITUD	<b>Conforme:</b> El formato del partograma se encuentra limpio, ordenado, sin enmendaduras. <b>No conforme:</b> no se cumple con lo señalado.
LEGIBILIDAD	<b>Conforme:</b> Se utiliza letra legible en el registro del Partograma. <b>No conforme:</b> letra ilegible en el registro del partograma.
<b>CALIDAD DE ATENCIÓN</b>	
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	Gráfica continua desde el inicio de la fase activa hasta el expulsivo
EVOLUCIÓN DEL PARTO	Evolución del Parto adecuada: La curva de alerta no se torna estacionaria. Frecuencia Cardíaca fetal se encuentra entre 120-160. Descenso cefálico es paralelo a la dilatación cervical 1.2 a 1.5 cm por hora.
SE TOMO LA DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO	Se toman las decisiones terapéuticas médicas y/o quirúrgicas de acuerdo a la evolución del parto.
REFERENCIA Y/O INTERCONSULTA OPORTUNA	Se realizan las interconsultas y/o referencias oportunas de acuerdo a la evolución del parto.
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA LA OMS	Se cumple con el llenado correcto del partograma según los parámetros de conformidad establecidos.
<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
<b>NO CONFORMIDAD</b>	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
<b>CONCLUSION</b>	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

<b>ANEXO N° 13</b>			
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA</b>			
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
ASUNTO			
FECHA DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL OBSTETRA			
DIAGNÓSTICOS			
CIE 10			
<b>II) OBSERVACIONES</b>			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
FECHA DE INGRESO	1	0	
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA.	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
DIAGNÓSTICOS	2	0	
ALERGIA A MEDICAMENTOS	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
<b>INDICACIONES TERAPEÚTICAS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
FECHA	8	0	
HORA	8	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	8	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.	18	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	8	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	8	0	
REGISTRO DE MONITOREO FETAL	8	0	
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA	8	0	
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	8	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>82</b>		
<b>CALIDAD DE REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTROS LEGIBLES	1	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

<b>CALIFICACIÓN</b>	
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>	
<b>IV.- CONCLUSION</b>	
<b>V.- RECOMENDACIONES:</b>	

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 13</b>		
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA</b>		
<b>Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0.</b>		
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópic de Medicina, tópic de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CÓDIGO DEL PROFESIONAL OBSTETRA	Colocar el código del profesional obstetra	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra dato	No registra dato
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No registra dato
ENFERMERÍA		
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato	No registra dato
<b>INDICACIONES TERAPEÚTICAS</b>		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato
HORA	Registra dato (Horas por medicamento, otras indicaciones)	No registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
MONITOREO FETAL	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos referentes a pruebas especiales realizadas al paciente	No registra dato de corresponder
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>		
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial

<b>CALCULO DE PUNTAJE</b>
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.
<b>NO CONFORMIDAD</b>
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
<b>CONCLUSION</b>
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS
<b>RECOMENDACIONES</b>
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.

<b>ANEXO N° 14</b>			
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTETRICIA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA.	2	0	
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	4	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	4	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	4	0	
REGISTRA TEMPERATURA	4	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	4	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	4	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/MIN.	4	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>32</b>		
<b>DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRO DE ALTURA UTERINA	5	0	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	

SANGRADO /LOQUIOS	3	0	
LIQUIDO AMNIÓTICO	3	0	
DINÁMICA UTERINA	5	0	
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	3	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>24</b>		
<b>OTROS REGISTROS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	5	0	
PESO	6	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS ADMINISTRADOS	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>27</b>		NA
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSIÓN</b>			
<b>V.- RECOMENDACIÓN</b>			

<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 14</b>		
<b>FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTETRICIA</b>		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
<b>MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA</b>	Nombres completos de el/los auditores	
<b>NÚMERO DE AUDITORÍA</b>	Número de auditoría realizada	
<b>FECHA DE AUDITORÍA</b>	Fecha en que se realiza la auditoría	
<b>SERVICIO AUDITADO</b>	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
<b>ASUNTO</b>	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)	
<b>FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA</b>	Fecha de la atención	
<b>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	Colocar el código de la historia clínica	
<b>CODIFICACIÓN DEL OBSTETRA TRATANTE</b>	Colocar el código del profesional	
<b>DIAGNÓSTICO DEL ALTA</b>	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
<b>CIE 10</b>		
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	No registra
TIPO Y N° SEGURO,	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
N° HISTORIA.	Registra los datos completos	No registra dato
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	Registra los datos completos	No registra dato
N° DE CAMA	Registra los datos completos	No registra dato
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	Registra dato	No registra dato
ESTANCIA	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que la paciente está hospitalizado independiente del servicio)	No registra dato
SEXO	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>		
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TEMPERATURA	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	Registra dato	No registra dato
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60 POR MIN.	Registra dato	No registra dato
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 POR MIN.	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	Registra dato	No registra dato

DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA		
GRÁFICA DE ALTURA UTERINA	Registra dato	No registra dato
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Registra dato	No registra dato
SANGRADO UTERINO/LOQUIOS	Registra dato	No registra dato
LIQUIDO AMNIÓTICO	Registra dato	No registra dato
DINÁMICA UTERINA	Registra dato	No registra dato
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	Registra dato	No registra dato
OTROS REGISTROS		
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	Registra dato	No registra dato
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
TALLA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato en color rojo	No registra dato
REGISTRA COMPONENTES SANGUÍNEOS ADMINISTRADOS	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
CALIDAD DEL REGISTRO		
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendadura
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardíaca y picos febriles)	No usa color oficial
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSION		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

<b>ANEXO N° 15</b>			
<b>FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA</b>			
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>			
<b>MIEMBROS DEL COMITÉ</b>			
<b>NUMERO DE AUDITORÍA</b>			
<b>FECHA DE AUDITORÍA</b>			
<b>SERVICIO AUDITADO</b>			
<b>ASUNTO</b>			
<b>FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA</b>			
<b>CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA</b>			
<b>CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA</b>			
<b>DIAGNÓSTICO DEL ALTA</b>			
<b>CIE 10</b>			
<b>II.- OBSERVACIONES</b>			
<b>A) ANAMNESIS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>FILIACIÓN</b>			
Nombres y apellidos del paciente	1	0	
Lugar de nacimiento	1	0	
Fecha de nacimiento	1	0	
Edad	1	0	
Sexo	1	0	
Domicilio actual	1	0	
Domicilio de procedencia	1	0	
Documento de identidad	1	0	
Estado Civil	1	0	
Grado de instrucción	1	0	
Ocupación	1	0	
Religión	1	0	
Nombre del padre, madre o apoderado	1	0	
Teléfono / correo electrónico	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>14</b>		
<b>ANTECEDENTES</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Antecedentes generales	1	0	
Antecedentes fisiológicos	1	0	
Antecedentes inmunológicos	1	0	
Antecedentes patológicos	1	0	
Antecedentes familiares	1	0	
Antecedentes epidemiológicos	1	0	
Antecedentes ocupacionales	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>7</b>		
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	

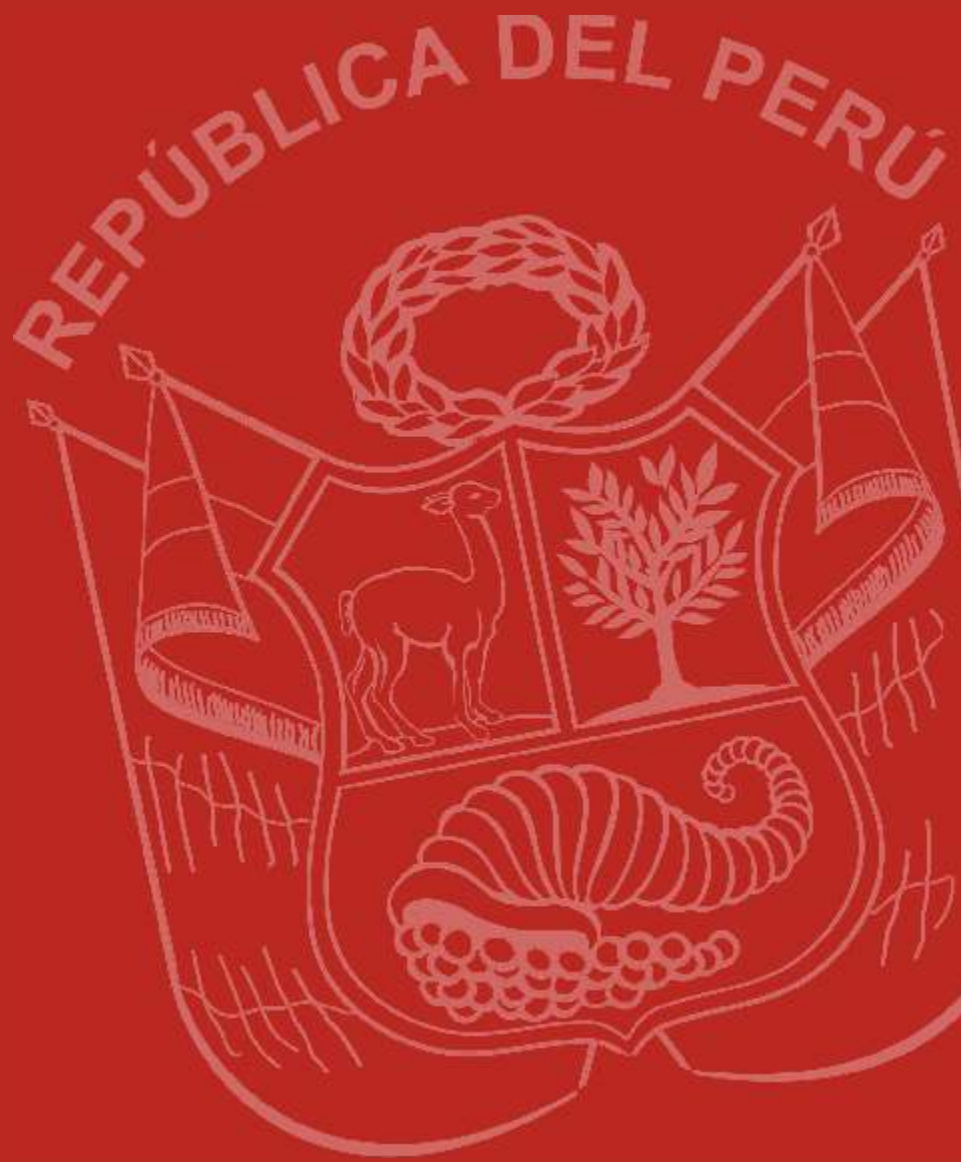
Relato cronológico	5	0	
Funciones biológicas	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>10</b>		
<b>B) EXAMEN CLÍNICO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Estado General	1	0	
Signos Vitales	1	0	
Examen extraoral	4	0	
Examen intraoral	6	0	
Ficha odontológica	4	0	
Riesgo estomatológico	4	0	
<b>Sub Total</b>	<b>20</b>		
<b>C) PLAN DE TRABAJO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo (incluye imágenes)	5	0	
<b>Sub Total</b>	<b>5</b>		
<b>D) EXAMENES AUXILIARES E INTER-CONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Exámenes auxiliares	5	0	NA
Interconsultas	3	0	NA
<b>Sub Total</b>	<b>8</b>		
<b>E) DIAGNÓSTICOS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
<b>Sub Total</b>	<b>12</b>		
<b>F) APRECIACIÓN DEL CASO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Pronóstico	4	0	
<b>Sub Total</b>	<b>4</b>		
<b>G) TRATAMIENTO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional	1	0	
Presentación	1	0	
Dosis	1	0	
Frecuencia	1	0	
Vía de administración	1	0	
Medidas generales	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>H) CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>J) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>2</b>		

<b>K)- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
Pulcritud	1	0	
Registro de fecha y hora de atención	1	0	
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo	1	0	
Registra apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	1	0	
Letra legible	1	0	
Sello y firma del cirujano dentista	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>6</b>		
<b>Total</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACION</b>			
<b>SATISFACTORIO</b>	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>POR MEJORAR</b>	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>DEFICIENTE</b>	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 15	
FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICOS DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia clínica
CIE 10	
A) ANAMNESIS	
FILIACIÓN	<b>Conforme:</b> Se registran los ítems señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica" <b>No conforme:</b> Se registran los datos de manera parcial, para el puntaje se sumarán los ítems que se encuentren registrados en la historia clínica.
ANTECEDENTES	<b>Conforme:</b> Consta de 7 ítems, se consignarán los datos necesarios para el caso. Comprende los antecedentes generales, fisiológicos, inmunológicos, patológicos, familiares, epidemiológicos y ocupacionales. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
ENFERMEDAD ACTUAL	<b>Consta de 6 ítems, los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: nombre del informante, motivo de la consulta, tiempo de enfermedad, síntomas principales, relato cronológico y funciones biológicas.</b>
B) EXAMEN CLÍNICO	<b>Conforme:</b> Consta de 6 ítems, los cuales deben ser registrados en su totalidad: estado general, signos vitales, examen extraoral, examen intraoral, ficha odontológica y riesgo estomatológico. <b>No conforme:</b> No se registran los datos
C) PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO	<b>Conforme:</b> Consta de 1 ítem, en el que se detallará el requerimiento de exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico definitivo, de ser necesario. <b>No conforme:</b> no se registra el dato de corresponder No aplica: no se requiere exámenes auxiliares
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	<b>Conforme:</b> Consta de 2 ítems, comprende el informe de resultados de los exámenes auxiliares e interconsultas adjuntados a la historia clínica. <b>No conforme:</b> No se encuentran en la historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y/o el informe de las interconsultas solicitadas.
E) DIAGNÓSTICO	<b>Conforme:</b> Se registran los diagnósticos presuntivos y/o definitivos los cuales deben ser concordantes con la anamnesis y el examen clínico y su respectiva codificación CIE. <b>No conforme:</b> No se registran diagnósticos presuntivos ni definitivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico
F) APRECIACIÓN DEL CASO	<b>Consta de 1 ítem, en donde se contemplará el pronóstico</b>
G) TRATAMIENTO	<b>Conforme:</b> Tratamiento concordante con los diagnósticos establecidos y se registran los ítems correspondientes señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica". <b>No conforme:</b> No se registran los ítems correspondientes o el tratamiento no es concordante con el/los diagnóstico(s) establecido(s).

<b>H) CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO</b>	<b>Conforme:</b> Consta de 2 ítems, los cuales deben ser llenados por el paciente previa información adecuada por parte del profesional, cuando corresponda. <b>No conforme:</b> No se encuentra adjunto el consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal en caso de corresponder
<b>I) INDICACIÓN DE ALTA BASICA ODONTOLÓGICA</b>	Consta de 2 ítems, los cuales deben ser considerados en su totalidad. Comprende: nombre del profesional y fecha del alta básica odontológica.
<b>J) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	Consta de 6 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: pulcritud, registro de fecha y hora de atención, registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo, registra apellidos y nombres, y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica, letra legible y sello y firma del cirujano dentista
CALIFICACIÓN TOTAL	<b>Sumatoria de todos los puntajes obtenidos</b>
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
<b>NO CONFORMIDAD</b>	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
<b>CONCLUSION</b>	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	





**MINISTERIO DE SALUD**

Av. Salaverry 801, Jesús María - Lima - Perú  
Central: (511) 315-6600 / Infosalud: 0800-10-828