



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 050 - DG-HONADOMANI-SB-2019.



Resolución Directoral

Lima, 05 de Marzo de 2019

Visto, el Expediente N° 03516-19, y;

CONSIDERANDO:

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

Que, la Norma Técnica N° 029-MINSA/DIGEPRES.V.02, Art. 5° Disposiciones Generales, señala: "El Objeto de la presente Norma Técnica de Salud es mejorar la atención de salud que brindan los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. En el Art. 5°, Numeral 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";

Que, 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 éstos establecimientos o para realizar la Auditoría de Gestión. Estos aspectos son evaluados en la Auditoría de Gestión Clínica;

Que, los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente Norma Técnica N°029-MINSA/DIGEPRES.V.02, 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;

Que, mediante Nota Informativa N° 040-2019-OGC-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, informa a la Dirección General que de conformidad a lo establecido en la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES.V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", que la Oficina de Gestión de la Calidad ha coordinado con los Comités de Auditoría de la Calidad, la elaboración del Plan Anual de Auditoría 2019, para su aprobación y oficialización;

Que, mediante Informe N° 006-UGC-A-OGC-HONADOMANI-SB-2019 la Jefa de la Unidad de Garantía de la Calidad, pone de manifiesto de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, que hace entrega del



Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud-2019-HONADOMANI-San Bartolomé, para su revisión y aportes si lo considera necesario. Asimismo, comunica que el contenido del Plan fue trabajado con los miembros del Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud;

Que, mediante Memorando N° 080 -2019-DG-HONADOMANI-SB, el Director General del HONADOMANI-SB, se dirige al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y solicita se emita el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 1364-2018/MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar el "Plan De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud 2019", del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de Treinta y Ocho (38) folios, que se adjunta a la presente Resolución Directoral debidamente visados.

ARTICULO SEGUNDO.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión del "Plan De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud 2019", del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de Treinta y Ocho (38) folios.

ARTICULO TERCERO.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del "Plan De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud 2019", del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de Treinta y Ocho (38) folios, en la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gov.pe.

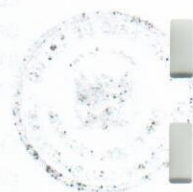
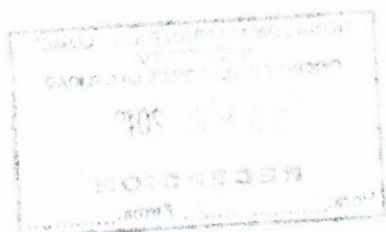
REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA
Director General (e)
CMP 20684 RNE. 10628

IAS/CCA/jcvo
C.C.

- DA
- OGC
- OEI
- OAJ
- Archivo



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE
NIÑO SAN BARTOLOME

Documento Técnico: PLAN DE
AUDITORIA DE LA CALIDAD
DE ATENCION EN SALUD
2019 HONADOMANI San Bartolomé”

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
LIMA - 2019

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. FINALIDAD	1
III. OBJETIVOS	2
IV. BASE LEGAL	2
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
VI. ACTIVIDADES	5
VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERISTICAS DE SUS MUESTRAS	11
VIII.COMITES DE AUDITORIA	12
IX. ANEXOS	13
– Ficha de auditoria de la calidad de atención en hospitalización Instructivo de auditoria de la calidad de atención de hospitalización	
– Ficha de auditoria de la calidad de la atención de emergencia Instructivo para la auditoria de la calidad de atención de emergencia	
– Ficha de auditoria de la calidad de atención de consulta externa Instructivo para la auditoria de la calidad de atención de consulta externa	
– Ficha de auditoría del paciente fallecido	



II. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención con el compromiso de los profesionales de salud, promoviendo la eficacia y eficiencia en su desempeño asistencial.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Implementar equipos de auditoría de la Calidad de Atención en los Departamentos vulnerables: Dpto. de Pediatría ó Dpto de Enfermería ó Dpto. Gineco obstetricia, así como los instrumentos y sus actividades.
2. Fortalecer las competencias de los integrantes del Comité de Auditoria y Equipos de Auditoría a nivel del Hospital, en el marco de la Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
3. Mejorar la calidad de registro mediante evaluaciones periódicas de los registros asistenciales según corresponda.
4. Realizar auditorías de caso a las historias clínicas a quienes corresponda.
5. Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de las debilidades detectadas.
6. Monitorizar la implementación de las recomendaciones dadas en los informes finales de auditoria.
7. Involucrar la participación de los profesionales que intervinieron en los procesos auditados en el marco de la auditoría de la calidad de la atención para el periodo 2019.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
4. Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806 Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
5. Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico.
6. Decreto Supremo N° 007-2016-SA ROF del Ministerio de Salud. art 53º donde se

9. RM N° 502-2016 – MINSA. Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud – NTS N° 029 – MINSA /DIGEPRES –V.02.
10. RM N° 214-2018 – MINSA. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN.
11. RM N° 519-2006-SA/DM. Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
12. RM N° 142-2007 - MINSA. Documento Técnico: Estándares e indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas Neonatales.
13. RM N° 456-2007 - MINSA. Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
14. RM N° 727-2009 - MINSA. Plan Nacional de Políticas de Calidad en Salud.
15. RM N° 546-2011 - MINSA. Norma Técnica de Salud N° 021 – MINSA/ DGSP-V03: NTS Categorías de Establecimientos del Sector Salud.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud 2019, Es de aplicación en el HONADOMANI San Bartolomé Nivel III-1.

DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud".

- **Auditoria de Caso:**

Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en merito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo-administrativas del establecimiento de salud. La participación de los integrantes en este tipo de auditorías fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus



anexos, y en el consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional.

El resultado final de la Auditoría en el denominado "Informe Auditoría de Caso"

- **Auditoría Medica:**

Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.

- **Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial:**

Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial, según norma.

- **Área Asistencial Crítica para Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud:**

Es el área de la atención de salud que presenta mayor número de Auditorías de Caso originadas por quejas o denuncias de presuntas negligencias médicas, tales como: Gineco-obstetricia, neonatología, cirugía, banco de sangre y aquellas identificadas en el análisis de la realidad de cada entidad de salud.

- **Auditoría Centinela:**

Es aquella auditoría inicial dentro de un Servicio/Unidad que servirá de base para establecer un diagnóstico y seguimiento de las mejoras logradas durante el transcurso del año en que se realizaran auditoría periódica con sus respectivas retroalimentaciones en el Servicio/Unidad auditado.

- **Auditoría Concurrente:**

Es aquella auditoría llevada a cabo por el Comité de Auditoría, donde se verifica de forma presencial la calidad de la prestación de los servicios de salud, efectuada durante las rondas médicas, consultas externas, etc. A cargo del Comité de Auditoría Central o del Comité de Servicio o Unidad.



- **Comité de Auditoría Médica:**

Conformado por un Comité de Auditoría conformado por profesionales médicos que cumplan con el perfil según norma. Diseñan y evalúan el Plan Anual de Auditoría de la Institución, realizan auditorías de caso y auditorías programadas, entre otras actividades, en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad.

- **Equipo de Auditoría en Salud:**

Equipo multidisciplinario conformado por integrantes que pertenezcan a diversas áreas médicas y no médicas, los cuales realizarán auditorías que ameriten conocimientos científicos y/o técnicos de diversas especialidades, según normativa vigente. Este se encontrará en estrecha comunicación y coordinación con el comité de auditoría médica.

- **Modelo de Auditoría de Caso:**

Es aquel proceso de auditoría que por su complejidad, dificultad en el desarrollo y otros aspectos relevantes genera una experiencia valiosa para compartir entre los miembros de los diferentes Comités de Auditoría.

- **Plan Anual de Auditoría:**

Plan que detalla las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en el cual se establecen las auditorías de oficio que a lo largo del año desarrollarán los diferentes Comités de Auditoría de los Servicios o Unidades del Hospital Diseñado por el respectivo Comité de Auditoría de la Institución.

VI. ACTIVIDADES

1. Establecer la organización de los Comités y Equipos de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, los instrumentos y actividades.

- Organizar, formalizar y difundir la labor del Comité de auditoría de la Calidad de Atención del Hospital San Bartolomé.
- Organizar, formalizar y difundir la labor de los comités de auditoría de los Departamentos prestacionales del Hospital San Bartolomé.
- Formular el Plan de auditoría, previa discusión y aprobación por el Comité de Auditoría, para oficializarlo ante la Dirección del Hospital.
- Realizar reuniones de coordinación y trabajo del Comité de auditoría de la Calidad de Atención.



2. Fortalecer las competencias de los integrantes del Comité y Equipos de Auditoría a nivel del Hospital, en el marco de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

- Fortalecer las competencias de los Integrantes del comité de auditoría, mediante la capacitación continua.
- Fortalecer las competencias de los Integrantes del comité de auditoría, mediante la revisión de la normatividad y actividades académicas.

3. Mejorar la calidad de los registros asistenciales mediante el desarrollo de Auditoría de Gestión Clínica.

- Realizar evaluación de registros asistenciales en consulta externa (Cirugía Pediátrica, Gineco-obstetricia, Pediatría)
- Realizar evaluación de registros asistenciales en el área de hospitalización (Cirugía Pediátrica, Medicina, Gineco-Obstetricia).
- Realizar evaluación de registros asistenciales en el Departamento de Emergencia.
- Realizar evaluación de registros asistenciales en Servicios Críticos (Cuidados Intensivos, Sala de Observación).
- Realizar las auditorías de caso según norma.
- Seguimiento de implementación de recomendaciones.



%HISTORIAS CLINICAS AUDITADAS EN CONSULTA EXTERNA

$\frac{\text{Nº DE HISTORIAS CLINICAS CON PUNTAJE} \geq 90}{\text{TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS PROGRAMADAS}} \times 100$

%HISTORIAS CLINICAS AUDITADAS EN HOSPITALIZACION

$\frac{\text{Nº DE HISTORIAS CLINICAS CON PUNTAJE} \geq 90}{\text{TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS PROGRAMADAS}} \times 100$

%HISTORIAS CLINICAS AUDITADAS EN EMERGENCIA

$\frac{\text{TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS CON PUNTAJE} \geq 90}{\text{TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS PROGRAMADAS}} \times 100$

4. Impulsar procesos de mejora de la calidad de atención a partir de las debilidades detectadas.

- Retroalimentar con los resultados de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a los usuarios internos involucrados.
- Monitoreo y reporte de las actividades del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención HP San Bartolomé 2019.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y METAS - PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION 2019 -- HSB

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	PERIODO	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	RESP ONSABLES
1	Establecer la organización Del equipo, los instrumentos y actividades	Anual	R.D	1		1											Comité de auditoría
		Anual	R.D	1			1										
		Mensual	Acta	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	Fortalecer las competencias de integrantes del Comité de Auditoría del HSB	Anual	Constancia	1						1							



[illegible]

Impulsar procesos de mejora a partir de las debilidades detectadas												
Retroalimentar con los resultados de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud a los usuarios internos involucrados	Trimestral	Acta	4				1				1	1
Monitoreo periódico del cumplimiento de actividades del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención.	Trimestral	Informe	4				1				1	1

VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

El criterio de selección de la muestra para las auditorías será de acuerdo a la siguiente fórmula:

En tal sentido para el cálculo de la muestra, tomar en cuenta la fórmula de población conocida

N = Población conocida

Seguridad = 95%;

Precisión = 5%

Proporción esperada = 10%

Donde:

$Z_{2\alpha} = 1.96$ (ya que la seguridad es del 95%).

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05).

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$).

d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

N = Números de casos.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

DEFINICIONES DE TERMINOS

- **Auditoría de caso a demanda:** Se incluirán todos los casos que la dirección u otras autoridades lo consideren necesario.
- **Auditoría de registros asistenciales:** Se incluirán las historias clínicas de las áreas de atención que se consideren vulnerables a riesgos, quejas o eventos adversos frecuentes, tomadas de forma aleatoria. Estas serán correspondientes a la atención recibida en las áreas de atención ambulatoria, hospitalización, emergencia y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el periodo 2019.
- **Auditoría de la calidad de la atención (auditorías de caso):** Se incluirán casos escogidos (podrían ser demandados por la dirección) por mortalidad materno-perinatal, reingresos por el mismo diagnóstico, eventos adversos en anestesiología, eventos adversos en cirugía, eventos centinela y ante un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud.



- **Auditoría de la calidad de la atención (auditorías programadas):** Se incluirán casos de defunciones con problemas de diagnóstico, estancias prolongadas (hospitalizados más de 20 días), re intervenciones quirúrgicas, tiempos de espera prolongados, evaluación de las funciones obstétrico neonatales (FON).

X. COMITES DE AUDITORIA

Comité de Auditoría Médica:

Dr. Hugo Oblitas Valdarrago
Dra. Mery Aranda Alberto
Dra. Juana Geng Blas
Dra. Maria Ramírez Valladares
Dr. Yuri Velazco Lorenzo

Equipos de Auditoría en Salud

Dr. Augusto Amorós Cortes
Dra. Alberto Zaña Asunción
Lic. Enf. Virginia Gutiérrez Cahuana
Obst. Cecilia Herrera Málaga
Q.F. Cecilia Collantes Sandoval

IX. ANEXOS

ANEXOS



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

SERVICIO AUDITADO:	
AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN:	
MIEMBRO/SDEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	

II.-DATOS DE LA AUDITORÍA:

ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:	
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:	
DIAGNÓSTICO:	

III.- OBSERVACIONES:

--

A). ESTUDIO CLÍNICO:

NOTA: EN CASO DEL QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARA EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO						
a) Filiación:	Estándar/NO aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0
b) Antecedentes personales no patológicos:	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0
c) Antecedentes personales patológicos:	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0
e) Antecedentes ocupacionales	Estándar/NO aplicable	1	No existe	0		
f) Enfermedad Actual:	Completa y concordante con los problemas de ingreso.	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con el/ los problemas de ingreso.	2 No existe 0
g) Examen Clínico:	Completa y concordante con la enfermedad actual.	6	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual.	2 No existe 0
h) Nota de Ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0
i) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0
SUB.TOTAL "A"		24				
B) DIAGNÓSTICOS:						
a) Presuntivo/s	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0
b) Definitivo/s	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no	2 No existe 0

C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

D) NOTAS DE ENFERMERÍA

E) TRATAMIENTO

16

Ministerio de Salud
Oficina de
Gestión de la
Calidad
Hospital Nacional Docente "San Bartolomé"

F) EVOLUCION Y COMPLICACIONES

a) Evolución	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable	2.5	Desfavorable no esperada	0
b) Complicaciones	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	2	Evitables	0
c) Estancia	Adecuada	3	Insuficiente	1	Prolongadas	0
d) Alta	Estándar/No aplicable	2	No oportunas	1	No existe	0
e) Especifica indicación de alta	Estándar/No aplicable	2	Incompletas	1	No existe	0
SUB.TOTAL "F"		17				

G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA

	Si	1.5	No	0
a) Registra consentimiento informado	Estándar/No aplicable	1	No	0
b) Pulcritud	Estándar/No aplicable	1	No	0
c) Registro de la hora de atención	Estándar/No aplicable	1	No	0
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0.5
e) Registra medico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0
f) Sello y firma del medico	Estándar/No aplicable	3	Solo alguno	1
SUB.TOTAL "F"		8.5		



Ministerio de Salud		TOTAL		103.5
CALIFICACION				
ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 90			
POR MEJORAR	MENOR DE 90			
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:				
Ausencia de firma y sello del médico tratante				
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X				
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa.				
Otras:				
V.- INCONFORMIDADES MENORES:				
No consigna hora de atención.				
No señala cantidad de medicación prescrita:				
VI.- CONCLUSIONES:				
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:				



II.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:	
INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE HOSPITALIZACION	
II.- DATOS DE LA AUDITORIA	
ULTIMA FECHA DE CONSULTA	COLOCAR LA ULTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTA	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE	CODIGO
DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLINICA
III.- OBSERVACIONES	
A) ESTUDIO CLINICO	
a) Filiación	SUFICIENTE: si están todos los datos (estándar), registra edad y sexo: INCOMPLETO: faltan 2 o más datos de filiación. NO EXISTE: no hay filiación
b) Antecedentes personales no patológicos	COMPLETOS, antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones: (pediatría), controles prenatales: (obstetricia) INCOMPLETOS, cuando falta algunos de los datos. NO EXISTE: No se consignan
c) Antecedentes personales patológicos	Figura el antecedente, patológico y sus características indicando el tratamiento recibido, INCOMPLETO, cuando faltan datos. NO EXISTE, no se consignan
d) Antecedentes Epidemiológicos	COMPLETOS: procedencia, viajes realizados, contactos con enfermedades infecto contagiosas. INCOMPLETOS: faltan algunos datos, NO EXISTE, no se consignan.
e) Antecedentes ocupacionales	COMPLETOS: si se consignan los datos ocupacionales (estándar), INCOMPLETOS: faltan datos, NO EXISTE: no hay
f) Enfermedad Actual	COMPLETA Y CONCORDANTE con los problemas de ingreso: están todos los datos (estándar), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico, INCOMPLETA: Faltan datos del problema, INCOMPLETA Y NO CONCORDANTES, con los problemas de ingreso, NO EXISTE: No hay datos.
g) Examen Clínico	COMPLETO Y CONCORDANTE con la enfermedad actual: están todos los datos del examen preferencial (estándar), cuando tiene funciones vitales (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETO: no están todos los datos del examen preferencial, INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: con la enfermedad actual, no existe no hay datos.



i) Nota de ingreso	COMPLETA: Incluye filiación, antecedentes contributivos, examen físico preferencial, diagnóstico y plan de trabajo, INCOMPLETA: faltan datos. NO EXISTE: no se consigna.
j) Plan de Trabajo	COMPLETO: Consigna exámenes auxiliares, interconsultas y procedimientos con fechas correspondientes, INCOMPLETO: Faltan datos, NO EXISTE, no se consigna
SUB TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "A"
	B) DIAGNOSTICOS
a) Presuntivo	POSIBILIDADES ADECUADOS (estándar), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes, INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE
b) Definitivo	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (estándar) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, no figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica, NO EXISTE
c) Uso del Código CIE "X"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "B"
	C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS
a) Notas de Evolución	COMPLETAS: sigue el sistema SOAP, consigna funciones vitales, INCOMPLETAS, Faltan datos. No existe, no se consignan datos
b) Exámenes de laboratorio	Posibilidades; COMPLETAS Y OPORTUNOS (estándar), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, no se solicitan todos los exámenes necesarios.
c) Exámenes radiológicos	Posibilidad: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTÁNDAR) COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS. Exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS.
d) Interconsultas	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (estándar), NO OPORTUNOS. EXCESIVAS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no justifican por la evolución. INSUFICIENTES.
SUB TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "C"



D) NOTAS DE ENFERMERIA	
Evolutiones de enfermería	COMPLETAS, registra funciones vitales, medicamento vías, dosis, procedimiento e intercurrencias, incompletas, faltan datos. NO EXISTE
b) Hoja de funciones vitales	Completa, en la hoja grafica esta registrada la PA, T, FC, FR, en cada uno de los casilleros del formato, INCOMPLETA; faltan datos, NO EXISTE.
c) Hoja de balance hídrico	Completa, se consignan todos los datos, INCOMPLETA: faltan datos, NO EXISTE.
SUB TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"
E) TRATAMIENTO	
a) Tratamiento Sintomático:	Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos. INSUFICIENTE, faltan datos. EXCESIVO, para los diagnósticos planteados.
b) Tratamiento Etiológico	Adecuado y suficiente, tto. Sustentando por el diagnostico definitivo, o debidamente sustentado en la evolución. INSUFICIENTE, no de acuerdo a los requerimientos. EXCESIVO, de acuerdo al diagnostico planteado. NO EXISTE, a pesar del diagnostico, hay evidencia de un diagnostico y no figura el tratamiento.
SUB TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"
F) EVOLUCION Y COMPLICACIONES	
a) Evolución	Favorable, buena evolución, desfavorable esperada, por las características de la patología se espera una evolución desfavorable, desfavorable no esperada, la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnostico
b) Estancia	ADECUADA, Estancia en el servicio menor a promedio aceptado para el establecimiento, INSUFICIENTE, lata antes de superar los problemas motivo de su hospitalización. Prolongada. Estancia mayor al promedio aceptado por el establecimiento.
d) Alta	POSIBILIDADES: OPORTUNA (estándar) figura el alta al superar o definir el problema. NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema NO EXISTE A PESAR DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA
e) Especifica indicaciones del Alta	POSIBILIDADES COMPLETAS (estándar) INCOMPLETAS, no existen
SUB TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	
a) Registra consentimiento informado	SI, NO
b) Pulcritud	POSIBILIDADES: SI 8estandar), si la historia clínica está limpia ordenada, con formatos adecuados y foliados. NO EXISTE
c) Registro de la hora de Atención	POSIBILIDADES: SI EXISTE (estándar), NO EXISTE

d) Letra legible	POSIBILIDADES: SIEMPRE (estándar), en toda la HC, A VECES, en partes de la h.c. NO EXISTE SI, NO
Registra medico tratante	POSIBILIDADES: Firma y sello (estándar) solo firma, NO EXISTE
Sello y firma del medico	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "G"
SUB TOTAL "G"	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G"
TOTAL	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES	SERAN CONSIGNADOS POR EL EQUIPO AUDITOR
V.- INCONFORMIDADES MENORES.-	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR
	SERAN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
	RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACION CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO
VI.- CONCLUSIONES	
VII.-FECHA LIMITE PARA LA RECEPCION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO	
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACION DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA	
NOTA	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERAN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA NO APLICACIÓN



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

Servicio auditado	
Auditoría de emergencia número	
Miembro/s del comité auditor	
Asunto	
Fecha	

II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

Codificación del personal tratante	
Codificación de la historia clínica	
Diagnóstico:	

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLÍNICO:

a) Filiación	Estándar/no aplica	2	Insuficiente	1	No existe	0
b) Antecedentes contributivos	Estándar/no aplica	2	Insuficiente	1	No existe	0
c) Antecedentes ocupacionales	Estándar/no aplica	1	Incompleto	0.5	No existe	
d) Enfermedad Actual	Estándar/no aplica	7	Incompleta	4	Incompletas y no concordante con el / los problemas de ingreso	2
e) Funciones Vitales	Estándar	2	Incompleta	1	No existe	0
f) Examen Clínico	Estándar/No aplica	8	Incompleto	4	Incompletas y no concordante con el / los problemas de ingreso	2
					No existe	0



Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0
SUBTOTAL "A"		24				
B) DIAGNÓSTICOS:						
a) Presuntivo/s	Estándar/no aplica	5	Incompletos	3	No existe	0
b) Definitivo/s	Estándar/no aplica	8	Incompleto	4	Incompletos y no oportunos	2
c) Pronóstico	Concordante con el diagnóstico	4	No concordante con el diagnóstico	2	No existe	0
SUB.TOTAL "B"		17				
C) NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:						
a) Identificación de problemas en evolución	Si	4	No	2		
b) Examen clínico de evolución	Estándar/ No aplica	4	Incompleto	2	Incompleto y no concordante	1
c) Exámenes de laboratorio	Estándar/ No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	Excesivos	1
d) Exámenes radiológicos	Estándar/ No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	Excesivos	1
e) Diagnósticos de evolución	Estándar/ No aplica	2	Incompletos y no concordantes	1	No existe	0
f) Plan de trabajo de evolución	Estándar/ No aplica	2	Incompleto	1	No existe	0
g) Interconsultas	Estándar/ No aplica	3	No oportunas	2	Excesivos	1
SUB.TOTAL "C"		21				
D) NOTAS DE ENFERMERIA						
a) Evoluciones de Enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0
b) Hoja de funciones vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0



Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0
SUB.TOTAL "D"		6				

E) TRATAMIENTO:						
a) Tratamiento de soporte o sintomático	Estándar/ No aplica	4	Insuficiente	1	Excesivos	1
b) Etiológico	Estándar/ No aplica	8	Insuficiente	1	Excesivos	2
SUB.TOTAL "E"		12				

F) EVOLUCION Y COMPLICACIONES						
a) Evoluciones de Enfermería	Estándar/ No aplica	6	Desfavorable esperada	3	Desfavorable no esperada	0
b) Complicaciones	Estándar/ No aplica	6	Impredecibles	3	Evitables	0
c) Estancia	Estándar/ No aplica	1	Insuficiente	0.5	Prolongada	0
d) Especifica indicaciones del alta	Estándar/ No aplica	1	Incompletas	0.5	No existe	0
SUB-TOTAL "F"		8				

G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA						
a) Pulcritud	Estándar/ No aplica	1	No	0		
b) Registro de la hora de atención	Estándar/ No aplica	1	No	0		
c) Letra legible	Estándar/ No aplica	1	No	0		
d) Sello y firma del medico	Estándar/ No aplica	2	Solo alguno	1	No existe	0
SUB TOTAL "G"		5				
TOTAL		87				
		CALIFICACION: 100				

	ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 90 MENOR DE 90
	NO MEJORAR	
NO CONFORMIDADES		
VI.- CONCLUSIONES:		
VII.- RECOMENDACIONES:		
VIII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO, EN CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES:		
IX.- FECHA LIMITE PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:		
XIII.- FECHA LIMITE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:		



INSTRUCTIVO PARA LA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE EMERGENCIA	
I DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORIAS
SERVICIO AUDITADO	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORIA
AUDITORIA DE EMERGENCIA NUMERO	NUMERO DE REGISTRO DE AUDITORIA MEDICA DE EMERGENCIA DEL AÑO EN CURSO
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR	NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES
ASUNTO	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORIA
II.- DATOS DE LA AUDITORIA	
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE	CODIGO
DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLINICA
III.- OBSERVACIONES	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA
A) ESTUDIO CLINICO	
a) Filiación	COMPLETA: si están todos los datos (estándar), registra edad y sexo, INCOMPLETA, faltan 2 o más datos de filiación, NO EXISTE, no hay filiación



Antecedentes contributivos	COMPLETOS, si están todos los datos (estándar), cuando está consignado el antecedente patológico y/o tratamiento del problema actual, INCOMPLETA: faltan 2 o más datos de filiación, NO EXISTE, no hay.
c) Antecedentes ocupacionales	COMPLETOS: si se consignan los datos ocupacionales (estándar), INCOMPLETOS: faltan datos, NOEXISTE: no hay
d) Enfermedad Actual	COMPLETA, están todos los datos (estándar), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y/o diagnóstico, con énfasis en aquellos que son motivo de la consulta, INCOMPLETO: no se describe en los hallazgos de todos los aparatos y sistemas. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: faltan datos del problema, los hallazgos no se correlacionan, NO EXISTE: no hay datos
e) Funciones Vitales	COMPLETO: están todos los datos del examen preferencial (estándar), cuando tiene funciones vitales (adultos: FC, PA, T, FR), INCOMPLETA: no están todos los datos del examen preferencial. NO EXISTE: no hay datos.
f) Examen Clínico	COMPLETO, están todos los datos (estándar), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas y desarrollo cronológico de ingreso y/o diagnóstico, con énfasis en aquellos que son motivo de la consulta, INCOMPLETO: faltan datos, INCOMPLETOS Y NO CONCORDANTES: faltan datos del problema, los hallazgos no se correlacionan, NO EXISTE: no hay datos.
g) Plan de Trabajo	COMPLETO: se consignan exámenes auxiliares solicitados, interconsultas, procedimientos. La fecha de solicitud debe estar actualizada. INCOMPLETO, falta datos, NO EXISTE.
SUB TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
	B) DIAGNOSTICOS
a) Presuntivo	POSIBILIDADES ADECUADOS, cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes, INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NOEXISTE



b) Definitivo	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (estándar) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, no figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica, INCOMPLETOS Y NO OPORTUNOS, NO EXISTE
c) Pronóstico	CONCORDANTE CON EL DIAGNOSTICO, existe y guarda relación con el diagnóstico, NO CONCORDANTE CON EL DIAGNOSTICO, no guarda relación con el diagnóstico planteado.
SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"
C) NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	
a) Identificación de problemas en evolución	POSIBILIDADES: existen completas (estándar) siguen el sistema SOAP y consignan funciones vitales, NO EXISTEN
b) Examen Clínico	COMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA HC, todas las evoluciones tienen examen clínico, INCOMPLETO, faltan datos, INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE, faltan datos y no hay correlación, NO EXISTE
c) Interpretación de Exámenes Complementarios	Posibilidades: COMPLETOS, se interpretan haciendo unidad clínica con la HC, INCOMPLETOS: cuando alguno de los anteriores no es interpretado
d) Exámenes de Laboratorio	Posibilidades: COMPLETOS Y OPORTUNOS (estándar), COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS, no se solicita lo requerido.
e) Exámenes de Laboratorio	Posibilidades, COMPLETOS Y OPORTUNOS (estándar), COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS NO SE SOLICITA LO REQUERIDO.
f) Exámenes Radiológicos	Posibilidades: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR), suficientes pero no oportunos, EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS.
g) Diagnósticos de evolución	COMPLETOS Y CONCORDANTES, deben figurar todos los diagnósticos, INCOMPLETOS Y NO CONCORDANTES, faltan algunos diagnósticos, NO EXISTE



h) Plan de Trabajo de evolución	Posibilidades: COMPLETO Y CONCORDANTE CON DIAGNOSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnostico definitivo o debidamente sustentado en la evolución, INCOMPLETO Y CONCORDANTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la HC, NO EXISTE.
i) Interconsultas	OPORTUNAS Y SUFICIENTES, cuando se solicitan las interconsultas necesarias al ingreso y durante la evolución. NO OPORTUNAS, EXCESIVAS, INSUFICIENTES.
	D) NOTAS DE ENFERMERIA
a) Evoluciones de enfermería	COMPLETAS, registra funciones vitales, medicamento vías, dosis, procedimiento e intercurrencias, incompletas, INCOMPLETAS, NO EXISTE
b) Hoja de funciones vitales	COMPLETAS: PA, T, FG, FR INCOMPLETAS, NO EXISTE
c) Hoja de balance hídrico	Posibilidades: COMPLETAS (ESTANDAR), INCOMPLETAS, NO EXISTEN
SUB TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"
	E) TRATAMIENTO
a) Tratamiento de soporte o sintomático	ADECUADO Y SUFICIENTE, registra tipo de dieta, fluidoterapia, sintomáticos. INSUFICIENTES, EXCESIVO
b) Tratamiento Etiológico	
SUB TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"
	F) EVOLUCION Y COMPLICACIONES
a) Evolución	FAVORABLE, DESFAVORABLE Y ESPERADA, DESFAVORABLE NO ESPERADA
b) Complicaciones	AUSENTES, IMPREDECIBLES, EVITABLES
c) Estancia	ADECUADA, INSUFICIENTE, PROLONGADA (DE ACUERDO ALOS ESTANDARES)

	Especifica indicaciones del alta	ADECUADAS, NO EXISTEN
	SUB TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA		
a) Pulcritud		POSIBILIDADES: SI 8estandar), si la historia clínica está limpia ordenada, con formatos adecuados y foliados. NO EXISTE
b) Registro de la hora de Atención		SI NO
c) Letra legible		POSIBILIDADES: SIEMPRE (estándar), en toda la HC, NO EXISTE
d) Sello y firma del medico		POSIBILIDADES: SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la HC, A VECES en partes de la HC, NO EXISTE
SUB TOTAL "G"		POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR) SOLO FIRMA, NO EXISTE
TOTAL		SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G"
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES		CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR
V.- INCONFORMIDADES MENORES.-		SERAN CONSIGNADOS POR EL EQUIPO AUDITOR
		CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR
		SERAN CONSIGNADAS POR EL QUIPO AUDITOR
VI.- CONCLUSIONES		RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACION CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO
VII.-FECHA LIMITE PARA LA RECEPCION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO		
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACION DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA		
NOTA		CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERAN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA NO APLICACION

FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE CONSULTA EXTERNA

Nº de
auditoría de

C.E.:
Fecha de
Auditoria:.....
Establecimiento de
Salud:.....

Asunto:

.....

Mes Auditado:.....

Servicio Auditado:

.....

La Historia Clínica cuenta con el siguiente orden establecido:		ESTÁ NDA R	Nº HC	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	Nº H C	TOTAL
SIS O No SIS														
II. DATOS DE LA AUDITORIA :	Codificación del personal tratante													
III. OBSERVACIONES:														
A. ANAMNESIS:	a) Identificación paciente:	(1)												
	b) Antecedentes:	(2)												
	c) Tiempo de Enfermedad:	(1)												
	d) Motivo de la consulta:	(1)												
	e) Síntomas principales:	(1)												
	SUBTOTAL "ANAMNESIS"													
B. EXAMEN CLINICO:	a) Examen Clínico:	(1)												
	b) Funciones vitales:	(1)												
	SUBTOTAL "EXAMEN CLINICO"													
C. DIAGNOSTI COS:	a) Diagnóstico:	(2)												
	b) Uso del Código CIE "X":	(1)												
	SUBTOTAL "DIAGNOSTICOS"													
D. PLAN DE TRABAJO:	a) Tratamiento:	(1)												
	b) Exámenes de laboratorio:	(1)												
	c) Exámenes radiológicos:	(1)												
	d) Interconsultas:	(1)												
	e) Seguimiento y Control:	(1)												



dades Menores:	
VI. Conclusiones:	
VII. Recomendaciones a los hallazgos evidenciados:	
VIII. Plan de trabajo en relación a recomendaciones:	

Miembro/s
del Comité
Auditor:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 1.- Todo lo expresado en este documento debe ser verificable.
- 2.- La responsabilidad es del auditor que realiza dicho registro.
- 3.- Se considera el Siguiete Puntaje para la Historia Clínica evaluada:

INSTRUCTIVO DE LA FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN CONSULTA EXTERNA	
I DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA:	Datos del registro interno de las auditorias.
Nº de Auditoria C.E.:	Número de registro de auditoría de C. Externa del año en curso.
Fecha de Auditoria:	Fecha en que se realiza la auditoria.
Establecimiento de Salud	Establecimiento de Salud auditado.
Asunto:	Tema sobre el cual se audita.
Mes Auditado:	Mes o periodo que se audita.
Servicio Auditado:	Servicio seleccionado para realizar la auditoria.
Miembro/s del Comité Auditor:	Nombre completo del/los auditores.
La Historia Clínica cuenta con el siguiente orden establecido:	
SIS ó NO SIS	Determinar si el Paciente es SIS o no SIS (Visualizar formato de atención en HC)
II. DATOS DE LA AUDITORIA:	Datos generales de la auditoria.
Codificación del personal tratante	Código interno del personal tratante.
III. OBSERVACIONES:	
A. ANAMNESIS:	
a) Identificación paciente: (1) (0)	(1) Estándar: Si hay nombre completo y número de historia clínica en todas las hojas. (0) No Existe y/o figura solo uno de los datos.
b) Antecedentes: (2) (1) (0)	(2) Estándar: Si están todos los datos, cuando está consignado el antecedente personal patológico y/o epidemiológico que pueden ayudar en el diagnostico y/o tratamiento del problema actual. (1) Incompletos: Faltan datos. (0) No Existe: No hay.
c) Tiempo de Enfermedad: (1) (0)	(1) Estándar: Si se consigna. (0) No Existe: no hay.
d) Motivo de la consulta: (1) (0)	(1) Estándar: Si se consignan los datos. (0) Incompletos: No existe. No hay.
e) Síntomas principales: (1) (0)	(1) Estándar: Si se consignan los datos. (0) No Existe: No hay.
SUBTOTAL "ANAMNESIS"	Sumatoria de los puntajes obtenidos en el ítem ANAMNESIS, el puntaje máximo que podrá ser obtenido es 6.
B. EXAMEN CLINICO:	
a) Examen Clínico: (1) (0)	(1) Estándar: Registra examen preferencial de acuerdo a la patología. (0) No Existe: No hay datos.
b) Funciones vitales: (1) (0)	(1) Estándar: Están todos los datos de acuerdo a etapas de vida, cuando tiene funciones vitales; Adultos: Peso, Talla, FC, PA; Niños: FC, FR, T (de acuerdo a la patología), Peso y Talla. (0) No Existe: Están incompletos.
SUBTOTAL "EXAMEN CLINICO"	Sumatoria de los puntajes obtenidos en el ítem EXAMEN CLINICO, el puntaje máximo que podrá ser obtenido es 2.



C. DIAGNOSTICO:	
a) Diagnostico: (2) (1) (0)	(2) Estándar: Si se consigna dx en relación a la enfermedad actual, otros determinados durante la consulta. (1) No consigna todos los datos/incompletos. (0) No registra dx (no uso de siglas)
b) Uso del Código CIE "X": (1) (0)	(1) Estándar: Uso de la codificación internacional de enfermedades. (0) No hay.
SUBTOTAL "DIAGNOSTICOS"	Sumatoria de los puntajes obtenidos en el ítem DIAGNOSTICOS, el puntaje máximo que podrá ser obtenido es 3.
D. PLAN DE TRABAJO:	
a) Tratamiento: (1) (0)	(1) Estándar: Si se consigna tratamiento (incluye nombre del medicamento, tipo, dosis, forma de administración y tiempo). (0) Si falta alguno de los datos mencionados anteriormente.
b) Exámenes de laboratorio: (1) (0)	(1) Estándar: Si el diagnostico es presuntivo y/o descarte, colocar exámenes de laboratorio si fuera necesario. (0) No registra a pesar de necesitarlo. Si no necesita se coloca No Aplica y no se realiza sumatoria.
c) Exámenes radiológicos: (1) (0)	(1) Estándar: Si el diagnostico es presuntivo y/o descarte, colocar exámenes radiológicos si fuera necesario. (0) No registra, a pesar de necesitarlo. Se puede colocar N.A. (no aplica) y no se sumaría puntaje.
d) Interconsultas: (1) (0)	(1) Estándar: Si necesita se registra e informa. (0) No se registra. Se puede colocar N.A. (no aplica) y no se sumaría puntaje, pero si se necesita según guía de atención.
e) Seguimiento y Control: (1) (0)	(1) Estándar: Se debe especificar fecha de la próxima cita, de lo contrario consignar el alta. (0) No se consigna ningún dato.
SUBTOTAL "PLAN DE TRABAJO"	Sumatoria de los puntajes obtenidos en el ítem PLAN DE TRABAJO, el puntaje máximo que podrá ser obtenido es 5.
E. EVOLUCION Y COMPLICACIONES:	
a) Evolución: (1) (0)	(1) Estándar: Favorable, y/o desfavorable esperada, cuando las características de la patología y en base a la evidencia científica se espera una evolución desfavorable. (0) desfavorable no esperada, cuando la evolución no es la esperada.
b) Complicaciones: (2) (1) (0)	(2) Estándar: Ausentes. (1) Impredecibles, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. (0) Evitables, aquellas que se proveen de acuerdo a la patología del paciente.
c) Alta: (1) (0)	(1) Estándar: Oportuna, figura el alta al superar o definir el problema y/o se va con un diagnóstico. (0) No oportuna, alta antes de superar el problema. No existe a pesar de haber superado el problema.
d) Especifica indicaciones de Alta: (1) (0)	(1) Estándar: Completas (se debe indicar tratamiento médico, dieta y/o concisiones alimentaria, identificación de signos de alarma y/o medidas preventivas y otros). (0) Incompletas o no existe.
e) Referencia: (1) (0)	(1) Estándar: Completas, indica el motivo de la referencia, incluye llenado de formato de referencia. (0) Incompletas, refiere sin motivo y se encuentra no



	adecuadamente lleno.
SUBTOTAL "EVOLUCION Y COMPLICACIONES"	Sumatoria de los puntajes obtenidos en el ítem EVOLUCION Y COMPLICACIONES, el puntaje máximo que podrá ser obtenido es 5 y/o 6.
F. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA:	
a) Hoja de Ruta: (1) (0)	(1) Estándar: Realizada hasta la fecha de auditoría, verificar datos colocados en hoja de ruta, solo un año de retraso. (0) No existe.
b) Historia Clínica al MAIS: (1) (0)	(1) Estándar: realizada hasta la fecha de auditoría. (0) No existe.
c) Pulcritud: (1) (0)	(1) Estándar, si la historia clínica está limpia, ordenada, con formatos adecuados. (0) No se evidencia historia clínica limpia y ordenada.
d) Hora de atención: (1) (0)	(1) Estándar: Registra hora de atención. (0) No registra.
e) Fecha de atención: (1) (0)	(1) Estándar: Registra fecha de atención. (0) No registra.
f) Tipo de atención: (1) (0)	(1) Estándar: Registra tipo de atención. (0) No registra.
g) Registra el médico tratante, sello y firma: (1) (0)	(1) Estándar: Registra el nombre y apellidos del profesional que realiza la atención, colegiatura, sello y firma del mismo. (0) No registra.
h) Letra clara y legible: (1) (0)	(1) Estándar: HC con letra clara y legible. (0) No evidencia letra clara y legible.
i) No uso de abreviaturas: (1) (0)	(1) Estándar: No uso en la HC. (0) Uso de abreviaturas.
j) Utilización de Guía de Atención: (1) (0)	(1) Estándar: Usa guía de atención de acuerdo a norma MINSA por tipo de atención solicitada y relacionada al dx de la historia clínica. (0) No usa.
k) Área o estrategia y/o patología de salud relacionada con la Guía:	Colocar el servicio y/o patología por la que está siendo evaluado el paciente. Para facilitar el trabajo colocar código de CIE 10. NO LLEVA PUNTAJE
l) Sigue orden cronológico y servicio: (1) (0)	(1) Estándar: Sigue un orden cronológico. (0) No sigue un orden cronológico.
m) Consistencia entre examen clínico y diagnostico: (1) (0)	(1) Estándar: Consistencia lógica entre examen clínico y diagnostico. (0) No existe consistencia lógica.
n) Consistencia entre diagnostico y tratamiento (exámenes auxiliares, referencia y otros): (1) (0)	(1) Estándar: Consistencia lógica entre diagnostico y tratamiento (Ex. auxiliares, referencia y otros). (0). No existe consistencia lógica entre dx y tto.
SUBTOTAL "ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA"	Sumatoria de los puntajes obtenidos en el ítem ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA, el puntaje máximo que podrá ser obtenido es 13.
PUNTAJE TOTAL	Sumatoria de los ítems anteriores.
IV. INCONFORMIDADES MAYORES:	Aquellos que ponen en riesgo la vida del paciente. Ejemplo: Examen clínico, antecedentes.
V. INCONFORMIDADES MENORES:	Aquellos que no ponen en riesgo la vida del paciente. Ejemplo: Hora, fecha, etc.
VI. CONCLUSIONES:	Resumen de los principales hallazgos en comparación con la norma o estándar establecido.
VII. RECOMENDACIONES A LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS:	



VIII. PLAN DE TRABAJO EN RELACION A RECOMENDACIONES:	
NOTA:	LA BUSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORIA SE INICIA DESDE LA ULTIMA CONSULTA (ULTIMO DIAGNOSTICO), LUEGO SE VA RETROCEDIENDO EN LA HISTORIA CLINICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNOSTICO. (MAXIMO 8 XONSULTAS)
NO APLICABLES	CUANDO SE ENCUENTRAN DTOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESOS E ATENCION POR NO CORRESPONDER, SERAN CALIFICADOS CON PUNTAJE 0, SEÑALANDO CON UN ASTERISCO SU NO APLICABILIDAD.
NO EXISTE:	CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO.