



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Vitarte, 30 de Marzo del 2021

### VISTO:

El Expediente Nº 21MP-02148-00, que contiene el INFORME Nº 172-2021-AC/HV, el INFORME Nº 064-2021-UPE/AORG Nº 039/HV y la NOTA INFORMATIVA Nº 127-2021-AAL-HV, y;

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 502-2016/MINSA, se aprobó la NTS Nº 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuya finalidad es de Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, en mérito a ello, con Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA se aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA", que tiene por finalidad Fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales";

Que, es por ello, con Resolución Directoral Nº 010-2021-D/HV, se aprobó la Directiva Administrativa Nº 002-HV/MINSA/2021/V.06 - Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Trabajo Anual, para el Hospital Vitarte, tiene como objetivo general establecer las disposiciones para la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación de los Planes de Trabajo Anual, así como sus respectivos informes de seguimiento y evaluación de las Unidades, Servicios, Áreas u otros del Hospital Vitarte;

Que, mediante INFORME Nº 172-2021-AC/HV recepcionado el 23 de marzo del 2021, la Jefatura del Área de Calidad, remite a la Dirección el Plan de Auditoría en Calidad en Salud - 2021, para su revisión y posterior aprobación mediante acto resolutivo;

Que, con INFORME Nº 064-2021-UPE/AORG Nº 039/HV recepcionado el 24 de marzo del 2021, Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico sostiene que el **Plan de Auditoría en Calidad en Salud - 2021**, fue revisado, coordinado y corregido dentro de la estructura establecida en la Directiva Administrativa Nº 002-HV/MINSA/2021/V.06 - Directiva Administrativa para la Elaboración, Aprobación, Ejecución y Evaluación de los Planes de Trabajo Anual para el Hospital Vitarte, aprobada con la Resolución Directoral Nº 010-2021-D/HV, y su aprobación permitirá fortalecer el desarrollo de la auditoría de la calidad de atención a través de la capacitación técnica actualizada del equipo de trabajo, optimizando así estrategias, métodos e instrumentos de auditoría;

Que, con el propósito de realizar el seguimiento de las autorías realizadas, resulta pertinente atender lo solicitado por el Área de Calidad, aprobando el **Plan de Auditoría en Calidad en Salud - 2021**;

Que, el Artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Vitarte, aprobado por Resolución Ministerial Nº 596-2004/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentran, la de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Con la visación de la Unidad de Planeamiento Estratégico, el Área de Calidad y el Área de Asesoría Legal.





De conformidad con lo dispuesto en las normas establecidas en la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Vitarte, aprobado por Resolución Ministerial N° 596-2004/MINSA, y demás normas pertinentes.

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º.- APROBAR**, el **Plan de Auditoría en Calidad en Salud – 2021**, por las consideraciones expuestas, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

**ARTÍCULO 2º.-** Los gastos que ocasione el presente plan estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.

**ARTÍCULO 3º.- ENCARGAR** al Área de Calidad, la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión del mencionado plan.

**ARTÍCULO 4º.- DISPONER** al Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente Resolución en el portal institucional de la página web.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL VITARTE  
*Rosa B. Gutarra Vilchéz*  
Dra. ROSA B. GUTARRA VILCHEZ  
C.M.P. 02378 R.N.E. 11437  
Directora (e)

**Distribución:**

- Unidad de Planeamiento Estratégico.
- Área de Calidad.
- Área de Psicología.
- Asesoría Legal.
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Archivo.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital  
VitarTE

DECEÑO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

# HOSPITAL VITARTE

## PLAN DE AUDITORÍA EN CALIDAD EN SALUD



## ÁREA DE CALIDAD

2021





Hospital Vitarte  
Área de Calidad  
"PLAN DE AUDITORIA EN CALIDAD EN SALUD - 2021"



**Equipo de Trabajo:**

- |   |  |
|---|--|
| ✓ Dr. Edwin Alberto Vargas Reynoso          | Jefe del Área de Calidad                                     |
| ✓ Dr. Radamez Ostapp Ayala De Las Casas     | Médico Auditor   |
| ✓ Lic. Adm. Esther Viviana Luque Cruzado    | Equipo Técnico   |
| ✓ Lic. Adm. Erika Lisset Castillo Rodríguez | Equipo Técnico   |
| ✓ Lic. Obts. Edith Teresa González Quispe   | Equipo Técnico   |
| ✓ Delia Quintana Romero                     | Secretaria   |
| ✓ Lic. Obst. María Isabel Ventura Sosa      | Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud |
| ✓ Ruth Rosmeri Laura Sánchez                | Equipo Técnico   |





INDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA</b>	6
1.1 FINALIDAD	6
1.2 JUSTIFICACIÓN TÉCNICA	6
<b>II. OBJETIVOS</b>	6
2.1 OBJETIVO GENERAL	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
<b>III. ÁMBITO DE APLICACIÓN</b>	7
<b>IV. BASE LEGAL</b>	7
<b>V. CONTENIDO</b>	9
5.1. DEFINICIONES CONCEPTUALES	9
5.2. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	15
5.3. ARTICULACION CON EL POI	20
5.4. ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE EL AÑO	21
5.5. FINANCIAMIENTO	29
<b>VI. MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES</b>	32
<b>VII. ANEXOS</b>	33
ANEXO N°01: MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD. (Auditoría Programada)	33
ANEXO N°02: MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (Auditoría de Caso)	34
ANEXO N°03: FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	35
ANEXO N°04: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°03. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/OBSTETRICIA	36
ANEXO N°05: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA	37
ANEXO N°06: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°05. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA	38
ANEXO N°07: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA	40
ANEXO N°08: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°07. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA	41
ANEXO N°09: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA	42
ANEXO N°10: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°09. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA	43
ANEXO N°11: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	44
ANEXO N°12: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°11. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	45
ANEXO N°13: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA	47
ANEXO N°14: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°13. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA	48
ANEXO N°15: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTÉTRICA	49
ANEXO N°16: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°15. FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTÉTRICA	50
ANEXO N°17: FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA	52
ANEXO N°18: INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°17. FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA.	54
ANEXO N°19: MODELO DEL INFORME DE LA ADHERENCIA Y USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	55
ANEXO N°20: HOJA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) - HOSPITAL VITARTE.	57





## PRESENTACIÓN

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; es así que mediante la Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, se aprobó, NTS N°029-MINSA/DIGPRES-V.02", "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" 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.

Es así que la nueva NTS N°029-MINSA/DIGPRES-V.02", tiene la bondad de unificar lo normado sobre Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, enfatizar la naturaleza de herramienta de mejoramiento continuo, insistir en que no tiene objetivos punitivos, y fundamentalmente está diseñada para proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, estableciendo mecanismos y plazos concretos, que permitan dar respuesta oportuna a la organización, a los profesionales de la salud y a la sociedad. Un aporte adicional de la 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 N°029-MINSA/DIGPRES-V.02", 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.





## INTRODUCCIÓN

La salud es una aspiración de todas las personas, independiente de cualquier consideración social, económica, geográfica, raza, etc. La salud como un derecho íntimamente ligada a la vida, se asume como un derecho fundamental al que todos debemos acceder, y se espera que el Hospital Vitarte genere las mejores condiciones para alcanzar dicho ideal. La salud también es un derecho, así como el acceso a la atención de salud de manera oportuna y de calidad, por lo que se deben implementar esfuerzos para que dichas atenciones se den en condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para los pacientes.

Entendiendo a la Auditoría en Salud como la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales por lo que se constituye en una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

La Auditoría Médica tiene como herramienta la NTS N°029 – MINS/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", cuya finalidad es la de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud. Asimismo, se busca 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.

Finalmente, el Área de Calidad con su Auditoría Médica y su Plan de Auditoría de la Calidad, mediante la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, ayuda a que el personal de la salud involucrado en la atención esté siempre siendo retro alimentado sobre la atención que se brindó, si fue la manera más correcta o si hay que hacer ajustes y mejoras, constituyéndose así en un pilar importante para la Institución, para que pueda mejorar constantemente la calidad de atención que brinda a los pacientes.





## I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

### 1.1. FINALIDAD:

La finalidad del Plan de Auditoría de la Calidad es la mejora continua de la Calidad en la atención sanitaria mediante el logro de la seguridad del paciente en las prestaciones de salud a través del análisis y retroalimentación de resultados de los informes de auditoría.

### 1.2. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA:

El Plan de Auditoría consta de actividades institucionalizadas en el Hospital Vitarte bajo el concepto del mejoramiento continuo de la calidad. De esta manera, nuestra institución garantiza la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud analizando la calidad de las actividades sanitarias mediante la evaluación periódica de las historias clínicas y retroalimentando los resultados obtenidos con el personal de salud.

Para el cumplimiento de metas, los integrantes de los Comités de Auditoría se capacitan permanentemente y como producto diseñan herramientas de trabajo que cubren aspectos técnicos y metodológicos basados en la normativa vigente emitida por MINSA.

Cabe resaltar que la auditoría no tiene carácter punitivo; la finalidad es aprovechar las oportunidades de mejora al máximo.

De esta manera esperamos estandarizar los procesos y procedimientos de nuestra cartera de servicios mejorando los niveles de calidad garantizando así una atención segura a todos los usuarios.

## II. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer el desarrollo de la Auditoría de la Calidad de Atención a través de la capacitación técnica actualizada del equipo de trabajo, optimizando así estrategias, métodos e instrumentos de auditoría.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar auditorías, según cronograma del Plan de Auditoría.
- Realizar el seguimiento de las auditorías realizadas según indicadores del Plan de Auditoría.
- Optimizar el proceso de auditoría mediante capacitaciones técnicas dirigidas a los integrantes de los comités de auditoría CAM y CAS del Hospital Vitarte.





### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Auditoría de la Calidad tiene aplicación en los servicios asistenciales y servicios médicos de apoyo del Hospital Vitarte.

### IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley N°26842 - Ley General de Salud.
- ✓ Ley N°27444 - Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- ✓ Ley N°27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley N°27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- ✓ Ley N°29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Ley N°30895 – Ley que Fortalece la Función rectora del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N°030-2002-PCM, Reglamento de la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.
- ✓ Decreto Supremo N°004-2013-PCM, que aprueba la política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.
- ✓ Decreto Supremo N°123-2018-PCM, que aprueba el Reglamento del Sistema Administrativo de Modernización de la Gestión Pública.
- ✓ Decreto Legislativo N°1161 – Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio.
- ✓ Decreto Supremo N°030-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°30895, ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud" y sus modificatorias.
- ✓ Resolución Ministerial N°156-2013-PCM, Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las entidades de la Administración Pública.
- ✓ Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos 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.
- ✓ Norma Técnica N°001-2019-PCM-SGP, para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público – Presidencia de Consejo de Ministros – Secretaría de Gestión Pública – Subsecretaría de Calidad de Atención al Ciudadano.
- ✓ Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.





- ✓ Decreto Supremo N°027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N°002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas”.

• **SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

- ✓ Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°1263-2004/MINSA, que aprueba la Directiva N°047-2004-DGSP/MINSA-V.01: “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°896-2017/MINSA, que crea en la “Secretaría General del Ministerio de Salud, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°945-2017/MINSA, que modifica el artículo 1 de la R.M. N°896-2017/MINSA, estableciendo que la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud depende del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA, que aprueba el “Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud”

• **AUDITORIA EN SALUD**

- ✓ Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°029-MINSA/DIGEPRES – V.02 “Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°889-2007/MINSA, que aprueba 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.
- ✓ Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01, “Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- ✓ Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, “Norma Técnica de Salud N°021-MINSA/DGSP-V.03: Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, que aprueba la NT N°018-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud”.





- ✓ Resolución Directoral N° 243-2017-D/HV, que aprueba la Directiva Sanitaria para la Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica.
- **GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL VITARTE**
  - ✓ Resolución Directoral N°295-2020-D/HV que aprueba el Plan Operativo Institucional 2021 Consistente con el Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del Hospital Vitarte – UE 050.
  - ✓ Resolución Directoral N°414-2018-D/HV que aprueba el MAPRO del Área de Calidad del Hospital Vitarte.
  - ✓ Resolución Directoral N°010-2021-D/HV, que aprueba la Directiva Administrativa N°002-HV/MINSA/2021/V.06: Directiva Administrativa para la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación de los planes de trabajo anual para el Hospital Vitarte.
  - ✓ Resolución Directoral N°011-2021-D/HV, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-HV/MINSA/2021/V.05: Lineamientos para la elaboración, aprobación, ejecución y evaluación de los planes de acción y sus informes de cumplimiento para el Hospital Vitarte.

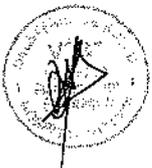
## V. CONTENIDO

### 5.1 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

- ✓ **Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:**

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. 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. Está a cargo de las jefaturas de los servicios asistenciales.
- ✓ **Auditoría en Salud:**

Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.





✓ **Auditoría Médica:**

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 el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada 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 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.

✓ **Auditoría de Adherencia y Uso de Guías de Práctica Clínica:**

Es el tipo de auditoría que está dentro de las auditorías programadas que sirve para monitorizar y estandarizar las atenciones en base al cumplimiento de un conjunto de pasos previamente establecidos que fueron diseñadas con la mejor evidencia posible para maximizar los beneficios y disminuir los riesgos en la atención de los pacientes.

✓ **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.

Los temas que abarcan las auditorías programadas y auditorías de caso son como se indica a continuación:

AUDITORÍAS PROGRAMADAS	AUDITORÍAS DE CASO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.</li> <li>✓ Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.</li> <li>✓ Re intervenciones quirúrgicas.</li> <li>✓ Operaciones cesáreas primarias.</li> <li>✓ Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).</li> <li>✓ Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.</li> <li>✓ Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Casos de mortalidad materno – perinatal.</li> <li>✓ Reingresos por el mismo diagnóstico.</li> <li>✓ Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.</li> <li>✓ Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.</li> <li>✓ Eventos centinela.</li> <li>✓ 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 un reclamo o denuncia del usuario o de sus familiares.</li> </ul>





- ✓ **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.
- ✓ **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.

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 de Enfermería: 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 la odontograma.
  - Los formatos de evaluación de la calidad de registro 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.
- ✓ **Acción Correctiva:**  
Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
  - ✓ **Acción Preventiva:**  
Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.





✓ **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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **Comité de Auditoría en Salud (CAS):**

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.

✓ **Comité de Auditoría Médica (CAM):**

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 es convocado por el Área de Calidad del Establecimiento y coordina actividades.

✓ **Comité Institucional de Historia Clínica:**

Tiene la responsabilidad de velar por la calidad del registro de la historia clínica y demás formatos, a través del monitoreo, supervisión y evaluación de la normatividad de la historia clínica, así como proponer a la dirección de su institución las acciones a implementarse en base a los resultados de la supervisión y hallazgos del cumplimiento de la normatividad.

✓ **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.





- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.





✓ **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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **Riesgo:**

Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

✓ **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.





✓ **Sumilla:**

Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoría.

**5.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL:**

• **LOGROS:**

Durante el periodo 2020 se logró:

- ✓ Con Resolución Directoral N°225-2020-D/HV se aprobó el Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2020.
- ✓ Con Resolución Directoral N°089-2020-D/HV se conformaron los Comités de Auditoría del Hospital Vitarte.
- ✓ Resultados de las auditorías 2020: la programación, ejecución y el porcentaje de ejecución se muestran en la siguiente tabla:

RESULTADOS DE AUDITORIA 2020	PROGRAMACIÓN	EJECUCIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
PROGRAMADAS	06	03	50%
DE CASO	06	0	0%
ADHERENCIA DE GPC	04	2	50%

Fuente: Archivo de Informes de Auditorías realizadas

• **DIFICULTADES ENCONTRADAS EN LA EJECUCIÓN DE LAS METAS DEL PLAN DE AUDITORÍA:**

✓ Los objetivos y las metas programadas no se pudieron alcanzar en el 2020 como se hubiera querido por la crisis en el sector Salud que ocasionó la Pandemia por el COVID-19, las actividades en el Hospital el año 2020 estuvo caracterizada por la suspensión de la atención de los consultorios externos y de las programaciones de sala de operaciones, también por el gran ausentismo laboral y la prohibición de las reuniones dentro del Hospital que trajeron como consecuencia que ni el Comité de Auditoría en Salud ni el Comité de Auditoría Médica se activaran, y todas las auditorías realizadas estuvieran a cargo del médico auditor, tampoco se pudiera realizar la retroalimentación a los miembros del comité, ni a los servicios como se recomendó en el Plan del 2020.

✓ Las auditorías médicas realizadas por el médico auditor tuvieron observaciones y recomendaciones, las cuales se envían a las jefaturas de los servicios asistenciales respectivos. A este respecto, existe demora en la remisión del levantamiento de observaciones por parte de las jefaturas lo que genera INCONVENIENTES para el SEGUIMIENTO de las AUDITORÍAS. En aras de lograr la mejora continua, para el periodo 2021, se recomienda realizar, REUNIONES TÉCNICAS con los servicios, y ANALIZAR los informes de auditoría recibidos a fin de organizar estrategias para las medidas correctivas a desarrollar.





• **INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN:**

✓ El diagnóstico situacional de la Calidad de Atención en el Hospital de Vitarte lo realizaremos en base a los indicadores de las auditorías realizadas, teniendo en cuenta que las auditorías realizadas tienen como objetivo principal el mejoramiento de la Calidad de Atención mediante sus observaciones y recomendaciones.

**A. 1ER INDICADOR: AUDITORÍAS PROGRAMADAS CAM**

Resultado Esperado: Informe de Auditorías Programadas.  
Meta total esperada: 02 informes.

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Auditorías Programadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{3}{2} \times 100$	150%

Se realizaron las siguientes auditorías:

- Informe N°546-2020-AC/HV: Auditoría de la calidad de atención de pacientes fallecidos por la infección virus SARS-Cov2.
- Informe N°548-2020-AC/HV: Auditoría de la evaluación de la calidad de registro de historias clínicas de fallecimientos ocasionados por la infección de Virus SARS-Cov2.

**B. 2DO INDICADOR: AUDITORÍAS DE CASO CAM**

Resultado Esperado: Informe de Auditorías de Caso.  
Meta total esperada: 02 informes.

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Auditorías de Caso	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{0}{2} \times 100$	0%

Las Auditorías de Caso se realizan en casos de muerte materna perinatal, eventos centinelas, y durante el año 2020 no se reportaron casos de esta naturaleza.

**C. 3ER INDICADOR: EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Resultado Esperado: Informe de Evaluaciones.  
Meta total esperada: 04 informes.

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Evaluación de la adherencia al uso de las Guías de Práctica Clínica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{2}{4} \times 100$	50%





Se realizaron las siguientes evaluaciones:

- **Informe N°640-2020-AC/HV:** Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo en el servicio de Gineco Obstetricia.
- **Informe N°629-2020-AC/HV:** Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Neumonía en el Servicio de Pediatría y Neonatología.

**D. 4TO INDICADOR: AUDITORÍAS PROGRAMADAS CAS**

Resultado Esperado: Informe de Auditorías Programadas

Meta total esperada: 04 informes

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Auditorías Programadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de informes}} \times 100$	$\frac{0}{4} \times 100$	0%

Las Auditorías Programadas que realiza el Comité de Auditoría en Salud son sobre la evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétricas Neonatales esenciales (FON), evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida, evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación, entre otras, pero debido a la coyuntura por la emergencia sanitaria dicho comité permaneció inactivo, por lo que se no se realizaron auditorías programadas del Comité de Auditoría en Salud.

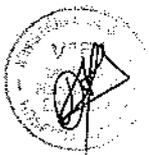
**E. 5TO INDICADOR: AUDITORÍAS DE CASOS CAS**

Resultado Esperado: Informe de Auditorías de Caso.

Meta total esperada: 04 informes.

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Auditorías de Casos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{0}{4} \times 100$	0%

Las Auditorías de Caso que realiza el Comité de Auditoría Médica tienen énfasis en casos de muerte materna perinatal, eventos centinelas o algún caso a solicitud de la Dirección. Durante el año 2020 no se reportó ningún caso de muerte materna perinatal ni eventos centinelas.





**F. 6TO INDICADOR: SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS PROGRAMADAS CAM**

Resultado Esperado: Informe de seguimiento

Meta total esperada: 03

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Seguimiento de Auditorías	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{3}{3} \times 100$	100%

Se realizaron los siguientes informes de seguimiento a las auditorías programadas CAM:

- **Informe N°028-2021-AC/HV:** Seguimiento a la implementación de las recomendaciones de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud y Evaluación de la Calidad de Registro de Historia Clínicas de pacientes fallecidos por la infección del virus SARS-Cov2 al Servicio de Emergencias y Trauma Shock.
- **Informe N°029-2021-AC/HV:** Seguimiento a la implementación de las recomendaciones de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud y Evaluación de la Calidad de Registro de Historia Clínicas de pacientes fallecidos por la infección del virus SARS-Cov2 al Servicio de Medicina.
- **Informe N°030-2021-AC/HV:** Seguimiento a la implementación de las recomendaciones de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud y Evaluación de la Calidad de Registro de Historia Clínicas de pacientes fallecidos por la infección del virus SARS-Cov2 al Servicio de Enfermería.

**G. 7MO INDICADOR: SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS DE CASO CAM**

Resultado Esperado: Informe.

Meta total esperada: 04.

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Seguimiento de Auditorías	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{0}{4} \times 100$	0%

Al no presentarse eventos que ameritaran realizar Auditorías de Caso, no hubo oportunidades para hacer observaciones y recomendaciones, por lo tanto, no hubo seguimiento a las auditorías que hacer.





**H. 8VO INDICADOR: SEGUIMIENTO DE EVALUACIÓN DEL USO Y ADHERENCIA GPC**

Resultado Esperado: Informe.

Meta total esperada: 02

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Seguimiento de Auditorías de Evaluación del Uso y Adherencia GPC	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{2}{2} \times 100$	100%

Se realizaron los siguientes informes de seguimiento de evaluación del uso y adherencia de las GPC:

- Informe N°055-2021-AC/HV: Seguimiento a las recomendaciones a la Adherencia y Uso de las Guías de Práctica Clínica de Neumonía del Servicio de Pediatría y Neonatología.
- Informe N°078-2021-AC/HV: Seguimiento a las recomendaciones a la Adherencia y Uso de las Guías de Práctica Clínica de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo del Servicio de Gineco Obstetricia.

**I. 9VO INDICADOR: SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS PROGRAMADAS CAS**

Resultado Esperado: Informe.

Meta total esperada: 04

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Seguimiento de Auditorías Programadas del CAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{0}{4} \times 100$	0%

Al no haber Auditorías Programadas realizadas por el CAS, debido a la inactividad de dicho Comité producto de la emergencia sanitaria, no se realizaron auditorías, por lo tanto, no hubo seguimiento de las mismas.

**J. 10MO INDICADOR: SEGUIMIENTO DE AUDITORÍAS DE CASO CAS**

Resultado Esperado: Informe.

Meta total esperada: 04

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Seguimiento de Auditorías De Caso CAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{0}{4} \times 100$	0%

Durante el año 2020 no se presentó ninguna solicitud de Auditorías de Caso para ser realizada por el CAS.





**K. 11VO INDICADOR: INDICADOR DE CAPACITACIONES CAM Y CAS**

El total de profesionales médicos y no médicos programados para capacitación: 24

Resultado Esperado: Informe.

Meta total esperada: 02

INDICADOR	TASA	REALIZADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Reuniones Realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informe}}{\text{Total de Informes}} \times 100$	$\frac{0}{2} \times 100$	0%

Debido a la pandemia y acorde a las medidas dictadas por el Gobierno la Dirección tomó la medida de restringir todas las reuniones dentro de la institución, por lo que ya no se pudieron realizar las capacitaciones respectivas con los comités.

**5.3 ARTICULACIÓN CON POI:**

A continuación, se detalla la vinculación de las actividades a los objetivos estratégicos y las acciones estratégicas del MINSA articulados al POI del Hospital Vitarte:

**CUADRO DE VINCULACIÓN DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS DEL MINSA ARTICULADOS AL POI DEL HOSPITAL VITARTE**

ID OEI MINSA	NOM OBJETIVO ESTRATÉGICO	ID AEI MINSA	NOM ACCIÓN ESTRATÉGICA	ID CP	NOM CATEGORIA PRESUPUESTAL	COD ACT	NOM ACT
OEI.04	Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública	AEI.04.02	Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	9001	Acciones Centrales	5000003	Gestión Administrativa

Asimismo, se detalla la matriz de vinculación de los objetivos estratégicos y acciones estratégicas con los resultados esperados del Área de Calidad:





**MATRIZ DE VINCULACIÓN DE LOS OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y ACCIONES ESTRATÉGICAS CON LOS RESULTADOS ESPERADOS DEL ÁREA DE CALIDAD**

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ACCIÓN ESTRATÉGICA	RESULTADOS ESPERADOS (OBJETIVOS ESPECÍFICOS)
Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro en el marco de la modernización de la gestión pública	Gestión orientada a resultados al servicio de la población con procesos optimizados y procedimientos administrativos simplificados	Realizar Auditorías, según cronograma del Plan de Auditoría del Hospital Vitarte.
		Seguimiento de las Auditorías realizadas según indicadores del Plan de Auditoría del Hospital Vitarte.
		Optimizar el proceso de auditoría mediante capacitaciones técnicas dirigidas a los integrantes de los comités de auditoría CAM y CAS del Hospital Vitarte.

**5.4 ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE EL AÑO:**

El Eje de Auditoría Médica del Área de Calidad en el marco de los Criterios de Programación que rigen las actividades establecidas por la Oficina de Gestión de la Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Salud – Lima Este (DIRIS LE), así como las actividades institucionales, realizará las siguientes actividades:

**A. GARANTÍA DE CULTURA DE LA CALIDAD Y MEJORA CONTINUA:**

- ✓ **Conformación de Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud formalmente designado y cumplen con el perfil establecido según NTS N°029 MINSA/DIGPRES.V02.**

Los Comités de Auditoría son dos (2): CAS y CAM.

En ambos casos sus miembros son reconocidos mediante Resolución Directoral y mantienen las mismas funciones en el marco de la NT N° 029/MINSA.

La normativa vigente RECOMIENDA que 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.

Las funciones del Comité de Auditoría:

**a) Presidente del Comité de Auditoría:**

- Presidir el Comité.
- Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
- Asegurar que las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la Norma Técnica Sanitaria (NTS).
- Garantizar que los informes y el informe final cumplan con los requisitos de calidad descritos en la normativa vigente.
- Presentar los informes finales de auditorías al responsable del Área de Calidad, quien a su vez lo elevará con Visto Bueno (V°B°) a la Dirección del establecimiento de salud para que disponga la implementación de las recomendaciones.

**b) Secretario de Actas:**

- Mantener actualizado los registros y archivos de las auditorías de la calidad de la atención en salud realizadas.
- Tener a su cargo la custodia y el registro del libro de actas del comité.
- Velar por la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas y de la documentación que se generó durante las auditorías de la calidad de la atención en salud.
- Velar por la organización, codificación y custodia de los papeles de trabajo considerados útiles en las auditorías.
- Otras que el/la presidente del Comité de Auditoría le asigne.

**c) Vocal:**

- Contribuir a asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las auditorías.
- Otras que el presidente del comité le asigne.

**d) Coordinador del equipo de trabajo:**

- En el caso de los equipos de auditoría (Comités o Comisiones Ad Hoc) adscritos a cada comité (C.A.M. o C.A.S.) corresponden las mismas funciones del secretario de Actas y de los vocales señalados en los párrafos anteriores.
- El coordinador del equipo tendrá las mismas funciones que el presidente de los comités, excepto que presentará el informe final al presidente del comité al que está adscrito el equipo.

**e) Equipo Auditor:**

- Auditan procesos, funciones, documentos.
- Registran hallazgos.
- Informan al jefe del Equipo de Auditoría.





El **Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud** estarán integrados, según se detalla a continuación, por un número mínimo de 05 profesionales asistenciales entre médicos y no médicos con los siguientes cargos. El presidente del comité es, indefectiblemente, profesional médico.

COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	NOMBRES Y APELLIDOS
Presidente	
Secretario	
Vocal	

- ✓ **Capacitación a auditores médicos en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.**
  - a) Se busca promover y estimular la capacitación de los profesionales de la salud del establecimiento, en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
  - b) Luego de la creación de los comités de auditoría CAS y CAM, se realizará 01 reunión de capacitación donde se explicará el plan de auditoría de la Calidad 2021, los objetivos a lograr y la metodología de trabajo.
  - c) La capacitación será en base a la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud N° 029 – MINSA/DIGEPRES-V.02.
  - d) Luego al final del año se realizará una última reunión de capacitación donde se revisarán los indicadores y evaluarán las metas conseguidas, a fin de plantear nuevas estrategias de trabajo para el próximo año.
  
- ✓ **Elaboración y aprobación del Plan de Auditoría en Calidad de Salud.**
  - a) Elaboración del Plan de Auditoría.
  - b) Envío a la Dirección para la Aprobación mediante Resolución Directoral.
  - c) Oficializar Resolución Directoral del Plan de Auditoría.
  - d) Difundir el Plan Anual de Auditoría al Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
  - e) Realizar Seguimiento Mensual y/o Trimestral del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en el Hospital Vitarte y la presentación del Informe final.
  
- ✓ **Elaboración de Auditorías de la Calidad de Atención.**
  
- ✓ **Elaboración de Auditorías de Caso (con énfasis en casos de muerte materna y eventos centinela)**





✓ Informe de seguimiento de recomendaciones productos de auditorías de la calidad de atención y auditoría de caso.

Respecto a las auditorías: Estas son solicitadas de la siguiente manera:

- La Dirección y/o Dirección Adjunta solicitan la elaboración de un informe de auditoría de caso
- Así también, en atención a los Reportes de Eventos Adversos y Eventos Centinelas, los Comités de Auditoría consideraran la elaboración de informes de Auditoría de Caso.

ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (CAM)			
AUDITORÍAS PROGRAMADAS	Nº DE INFORMES	AUDITORÍAS DE CASO	Nº DE INFORMES
Defunciones	8	Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.	4
Estancias hospitalarias prolongadas		Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.	
Re intervenciones quirúrgicas		Evaluación de la adherencia al uso de las Gulas de Práctica Clínica.	8
Cesáreas			
Tiempo de espera para cirugías			
<b>TOTAL DE INFORMES</b>	<b>8</b>	<b>TOTAL DE INFORMES</b>	<b>12</b>

ACTIVIDADES DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD (CAS)			
AUDITORÍAS PROGRAMADAS	Nº DE INFORMES	AUDITORÍAS DE CASO	Nº DE INFORMES
Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).	8	Eventos adversos/centinela que evidencien la participación de profesionales no médicos.	4
Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.			
Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación.			
<b>TOTAL DE INFORMES</b>	<b>8</b>	<b>TOTAL DE INFORMES</b>	<b>4</b>



- El análisis, preparación y presentación del Informe de Auditoría de la Calidad son realizados por los Comités de Auditoría y remitidos para conocimiento del solicitante.
- La socialización del informe mensual también será remitida al servicio auditado con las observaciones y las recomendaciones para





PERU

Ministerio  
de Salud

Hospital  
Vitarite

DÉCENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

que cada servicio elabore acciones de mejoras y tome medidas correctivas.

- Las Auditorías Programadas deberán realizarse dentro de los tiempos planificados, no debiendo exceder en ningún caso de veinte (20) días hábiles.
  - 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.
  - El Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud no dependen de ningún departamento o servicio asistencial.
  - El Área de Calidad programa y coordina actividades con los comités.
  - Cuando el Comité de Auditoría Médica tuviera elementos de juicio suficientes para presumir que el incidente en una auditoría de caso hubiese sido por la participación de otros profesionales de la salud no médicos, podrán proponer que se realice una Auditoría en Salud, en lugar de la Auditoría Médica.
  - Durante los procesos de auditorías, los Comités otorgarán plazo no mayor de setenta y dos (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.
  - El Plan de Auditoría del Hospital Vitarite contempla todos los procedimientos de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud contenidos en la normativa vigente.
- ✓ **Evaluación de adherencia de guías de Práctica Clínica de cualquiera de las morbilidades planteadas: TBC Sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial y Depresión.**
- Periódicamente se realiza la evaluación de adherencia y uso a las GPC.
  - Se coordina con la responsable del servicio a fin de identificar cuales historias clínicas deben evaluarse.
  - Se solicitan 10 historias clínicas al Área de Archivos – Servicio de Consulta Externa y Hospitalización, para ser evaluadas.
  - Los diagnósticos deben coincidir con la GPC que se tomara como criterio en la evaluación.
  - Se procede a la evaluación de las historias clínicas.
  - El informe final deberá contener conclusiones y recomendaciones al servicio a fin que se realicen acciones de mejora continua.





- Se evaluarán 4 ítems: signos y síntomas, exámenes de laboratorio, diagnóstico y tratamiento, obteniéndose un puntaje de 1 si cumple con lo indicado en la GPC y 0 si no cumple.
- Se utilizará una tabla de valoración, donde el puntaje obtenido deviene de la sumatoria de cada ítem evaluado de las 10 historias clínicas, según se detalla en el cuadro adjunto:

TABLA DE VALORACIÓN PARA EL SERVICIO
ENTRE 0 Y 20 = NO CUMPLE
ENTRE 21 Y 30 = EN PROCESO
ENTRE 31 Y 40 = CUMPLE

- Se utilizará una tabla para ver el grado de cumplimiento por cada historia clínica. Por cada ítem acorde a la Guía de Práctica Clínica obtiene el 25% de cumplimiento y se hará según la siguiente tabla de valoración:

TABLA DE VALORACIÓN x HCL
25% = NO CUMPLE
50% = EN PROCESO
ENTRE 75% Y 100% = CUMPLE

Asimismo, es importante saber que el Eje de Auditoría Médica tiene diversas fuentes de información para la valoración de la misma:

- Historias Clínicas, recetas médicas, solicitud de exámenes auxiliares, formatos de atención.
- Guías de Atención de los componentes de atención Integral y atenciones sanitarias, Guías de Práctica Clínica, manuales de procedimiento, protocolos y otros.
- Directivas que regulen los componentes de atención integral y estrategias sanitarias.
- Manual de Acreditación de Hospitales.
- Registros existentes en el establecimiento.
- Plan Operativo Institucional.
- Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Directiva de Procedimientos Administrativos de Auditoría de Casos.

A continuación, se presenta el Cuadro de Indicadores de Cumplimiento del Plan de Auditoría en Calidad en Salud:





DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

**CUADRO DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE AUDITORÍA EN CALIDAD EN SALUD**

NOMBRE DEL INDICADOR	PARA QUE SIRVE EL INDICADOR	FÓRMULA	META	NÚMERO DE INFORMES PROGRAMADOS	TENDENCIA ESPERADA	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	FUENTE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD
Porcentaje de auditorías programadas CAM	Permite medir el cumplimiento de la gestión	N° de Informes Total de Informes	100%	8	Mantener	Anual	Informe anual	Área de Calidad - Auditoría Médica
Porcentaje de seguimiento de auditorías programadas CAM		N° de Informes Total de Informes	100%	8				
Porcentaje de auditorías de caso CAM		N° de Informes Total de Informes	100%	4				
Porcentaje de seguimiento de auditorías de caso CAM		N° de Informes Total de Informes	100%	4				
Porcentaje de auditorías programadas CAS		N° de Informes Total de Informes	100%	8				
Porcentaje de seguimiento de auditorías programadas CAS		N° de Informes Total de Informes	100%	8				
Porcentaje de auditorías de caso CAS		N° de Informes Total de Informes	100%	4				
Porcentaje de seguimiento de auditorías de caso CAS		N° de Informes Total de Informes	100%	4				
Porcentaje de capacitaciones CAM y CAS		N° de reuniones CAS y CAM Total de reuniones programadas para capacitación CAS y CAM	100%	2				
Porcentaje de personal capacitado		N° de personas capacitadas Total de personas a capacitar	100%	2				
Porcentaje de evaluación de la adherencia al uso de las guías de práctica clínica.	N° de Informes Total de Informes	100%	8					
Porcentaje de seguimiento de la evaluación de la adherencia al uso de las guías de práctica clínica	N° de Informes Total de Informes	100%	8					





• **RESPONSABILIDADES:**

El jefe del Área de Calidad y el médico auditor son responsables del cumplimiento permanente de lo dispuesto en el presente Plan.

Las jefaturas de unidades, servicios, áreas y otros son responsables de implementar las actividades que le corresponden y remitir la información respectiva al Área de Calidad.

En el caso de los Comités/Equipos relacionados con las líneas de trabajo de Gestión de la Calidad, la información debe ser remitida a través de las jefaturas correspondientes.

Los Comités de Auditoría deberán coordinar permanentemente con el Área de Calidad y con las UPSS respectivas.

Es importante mencionar que el médico auditor tiene que realizar la formulación, ejecución, monitoreo y seguimiento de lo dispuesto en el presente plan.

• **DISPOSICIONES FINALES:**

El monitoreo y seguimiento del presente Plan se realiza a través de la matriz y cronograma de actividades correspondientes al Plan Operativo Institucional 2021 del Hospital Vitarte y a los Criterios de Programación del Área de Calidad de la Dirección de Redes Integradas de Salud – Lima Este (DIRIS LE).

Dichos criterios de programación registrarán las actividades del Área de Calidad en el 2021 y servirán para la ejecución de las actividades del Eje Auditoría Médica.

La información correspondiente a las líneas de acción del Plan de Auditoría en Calidad en Salud - 2021 será enviada en forma mensual, trimestral, semestral y anual respectivamente por el equipo del Área de Calidad a la Unidad de Planeamiento Estratégico, Dirección de Redes Integradas de Salud – Lima Este (DIRIS LE) y al Ministerio de Salud (MINSA).

El responsable del Área de Calidad – Auditoría Médica deben hacer cumplir las líneas de acción adscritas en el presente Plan. Asimismo, debe socializar, difundir e implementar las actividades a realizar.





5.5 FINANCIAMIENTO:

• BIENES:

CLASIFICADOR	META	CÓDIGO DEL ITEM	NOMBRE DEL ITEM	PRECIO REFERENCIAL	CANTIDAD PROGRAMADA	VALOR PROGRAMADO	ITEM SEC
2.3.1.5.1.2	100	710300010048	CINTA ADHESIVA TRANSPARENTE 1/2 in X 72 yd	S/1.12	12	S/13.44	4
2.3.1.5.1.2	100	715000220017	TAJADOR DE PLASTICO SIMPLE	S/0.46	1	S/0.46	25
2.3.1.5.1.2	100	715000230042	TIJERA DE METAL DE 8 in CON MANGO DE PLASTICO	S/2.83	1	S/2.83	26
2.3.1.5.1.2	100	715000300025	DISPENSADOR DE CINTA ADHESIVA DE 1/2 in X 36 yd	S/4.25	3	S/12.75	28
2.3.1.5.1.2	100	715000320024	CUCHILLA DE METAL REGULABLE PARA CORTE DE PAPEL	S/1.00	2	S/2.00	29
2.3.1.5.1.2	100	716000010212	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA MEDIA COLOR AZUL	S/5.00	12	S/60.00	30
2.3.1.5.1.2	100	716000010213	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA MEDIA COLOR NEGRO	S/1.00	12	S/12.00	31
2.3.1.5.1.2	100	716000010214	BOLIGRAFO (LAPICERO) DE TINTA SECA PUNTA MEDIA COLOR ROJO	S/5.00	12	S/60.00	32
2.3.1.5.1.2	100	716000060385	PLUMON RESALTADOR PUNTA MEDIANA BISELADA	S/1.06	12	S/12.72	33
2.3.1.5.1.2	100	716000060410	PLUMON DE TINTA INDELEBLE PUNTA FINA COLOR AZUL	S/1.00	12	S/12.00	34
2.3.1.5.1.2	100	716000060445	PLUMON RESALTADOR PUNTA GRUESA BISELADA VERDE	S/1.55	12	S/18.60	35
2.3.1.5.1.2	100	716000080052	SELLO NUMERADOR	S/56.09	1	S/56.09	36
2.3.1.5.1.2	100	716000090042	TAMPON CON CUBIERTA DE PLASTICO TAMAÑO CHICO	S/2.50	2	S/5.00	37
2.3.1.5.1.2	100	717200030014	CUADERNO CUADRICULADO TAMAÑO A4 X 100 HOJAS	S/3.56	10	S/35.60	38
2.3.1.5.1.2	100	717200140221	CUADERNO DE CARGO EMPASTADO TAMAÑO A5 X 200 HOJAS	S/5.00	1	S/5.00	39
2.3.1.5.1.2	100	717200050224	PAPEL BOND 80 G TAMAÑO A4	S/20.00	24	S/480.00	40
2.3.1.5.1.2	100	718500050001	CLIP DE METAL CHICO N° 1 X 100	S/3.00	6	S/18.00	45
2.3.1.5.1.2	100	718500050030	CLIP MARIPOSA DE METAL N° 2 X 12	S/3.00	6	S/18.00	46
2.3.1.5.1.2	100	718500060003	CHINCHE CON CABEZA DE COLORES X 50	S/1.00	6	S/6.00	47
2.3.1.5.1.2	100	718500060018	CHINCHE CON CABEZA DORADA X 200	S/2.00	6	S/12.00	49
2.3.1.5.1.2	100	718500080118	GRAPA 26/6 X 5000	S/1.50	6	S/9.00	50
2.3.1.5.1.2	100	710300060069	GOMA LIQUIDA X 250 ML	S/2.40	6	S/14.40	6
2.3.1.5.1.2	100	7103000120111	NOTA AUTOADHESIVA 3 in X 3 in (7.6 cm X 7.6 cm) APROX. X 100 HOJAS	S/2.42	24	S/58.08	7
2.3.1.5.1.2	100	710300130042	BANDERITA SEÑALIZADORA 4.50 CM X 2.50 CM APROX. X 50	S/3.17	36	S/114.12	9
2.3.1.5.1.2	100	710300160010	CINTA DE PAPEL PARA ENMASCARAR MASKING TAPE 1 in X 55 yd	S/1.00	2	S/2.00	10
2.3.1.5.1.2	100	710600010012	ARCHIVADOR DE CARTON CON PALANCA LOMO ANCHO TAMAÑO OFICIO	S/3.14	10	S/31.40	11
2.3.1.5.1.2	100	710600040050	FOLDER MANILA TAMAÑO A4	S/5.05	12	S/60.60	12





CLASIFICADOR	META	CÓDIGO DEL ITEM	NOMBRE DEL ITEM	PRECIO REFERENCIAL	CANTIDAD PROGRAMADA	VALOR PROGRAMADO	ITEM SEC
2.3.1.5.1.2	100	710600050013	FOLDER DE PLASTICO TAMAÑO A4 CON TAPA TRANSPARENTE	S/2.34	5	S/11.70	13.
2.3.1.5.1.2	100	710600060044	FORRO DE PLASTICO TRANSPARENTE TAMAÑO OFICIO X 5 m	S/3.39	5	S/16.95	14
2.3.1.5.1.2	100	710600100234	SOBRE MANILA TAMAÑO A4	S/6.89	2	S/13.78	15
2.3.1.5.1.2	100	710600120069	MICA PORTA PAPELES TAMAÑO A4	S/2.00	12	S/24.00	16
2.3.1.5.1.2	100	711100010036	BORRADOR BLANCO PARA LAPIZ TAMAÑO GRANDE	S/0.41	6	S/2.46	17
2.3.1.5.1.2	100	716000040112	LAPIZ NEGRO GRADO 2B CON BORRADOR	S/0.17	12	S/2.04	18
2.3.1.5.1.2	100	711100030005	CORRECTOR LIQUIDO TIPO LAPICERO	S/1.07	6	S/6.42	19
2.3.1.5.1.2	100	715000110030	ENGRAPADOR DE METAL TIPO ALIGATE	S/14.92	1	S/14.92	20
2.3.1.5.1.2	100	715000150002	PORTA CLIPS ACRILICO CON IMAN	S/2.40	1	S/2.40	22
2.3.1.5.1.2	100	715000190001	REGLA DE PLASTICO 30 cm	S/0.47	2	S/0.94	23
2.3.1.5.1.2	100	715000220037	TAJADOR DE METAL	S/0.50	2	S/1.00	24
2.3.1.5.1.2	100	718500100014	SUJETADOR PARA PAPEL (TIPO FASTENER) DE METAL X 50	S/6.00	3	S/18.00	51
2.3.1.5.1.2	100	715000210040	TABLERO ACRILICO TAMAÑO A4 CON SUJETADOR DE METAL TIPO GANCHO	S/1.00	2	S/2.00	52
2.3.1.5.1.2	100	718500110025	LIGA DE JEBE DELGADA N° 18 X 1/4 lb	S/2.00	1	S/2.00	53
2.3.1.5.1.2	100	716000080277	SELLO AUTOENTINTABLE DE 35 mm X 55 mm APROX.	S/10.00	1	S/10.00	54
2.3.1.5.1.2	100	715000200007	SACAGRAPA DE METAL TIPO MARIPOSA	S/1.07	2	S/2.14	55
2.3.1.9.1.1	100	470300060231	TRIPTICO INFORMATIVO	S/0.40	10000	S/4,000.00	1
2.3.1.5.1.2	100	716000160021	TINTA PARA TAMPON X 28 ML APROX COLOR AZUL	S/3.00	2	S/6.00	56
2.3.1.5.1.2	100	716000160014	TINTA PARA TAMPON X 30 ml APROX. COLOR NEGRO	S/2.00	2	S/4.00	57
2.3.1.5.1.2	100	716000160016	TINTA PARA TAMPON X 30 ml APROX. COLOR ROJO	S/3.00	2	S/6.00	58
2.3.1.5.1.2	100	716000180015	TINTA PARA ALMOHADILLA DE SELLOS AUTOENTINTABLES X 28 ML AZUL	S/4.00	2	S/8.00	59
2.3.1.5.1.2	100	716000180014	TINTA PARA ALMOHADILLA DE SELLOS AUTOENTINTABLES X 28 ml NEGRO	S/4.00	2	S/8.00	60
2.3.1.5.1.2	100	716000180017	TINTA PARA ALMOHADILLA DE SELLOS AUTOENTINTABLES X 28 ml ROJO	S/5.00	2	S/10.00	61
2.3.1.5.1.2	100	710300060054	GOMA EN BARRA X 20 G APROX.	S/4.00	2	S/8.00	62
2.3.1.5.1.2	100	716000060377	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA DELGADA	S/1.00	6	S/6.00	63
2.3.1.5.1.2	100	716000060378	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA GRUESA	S/1.00	6	S/6.00	64
2.3.1.5.1.2	100	716000060379	PLUMON PARA PIZARRA ACRILICA PUNTA MEDIANA	S/2.00	6	S/12.00	65
2.3.1.11.1.5	100	645100051361	LETRERO DE ACRILICO 2 mm X 20 cm X 60 cm	S/30.00	10	S/300.00	1
2.6.3.2.1.2	100	746437450011	ESCRITORIO DE MELAMINA	S/500.00	1	S/500.00	1
2.6.3.2.2.2	100	746483900044	SILLA GIRATORIA DE METAL CON BRAZOS	S/720.00	1	S/720.00	3
2.6.3.2.2.2	100	746475090001	PIZARRA MURAL - FRANELOGRAFO	S/980.00	1	S/980.00	1
2.6.3.2.2.2	100	746483900001	SILLA GIRATORIA DE METAL	S/620.00	1	S/620.00	2
2.6.3.2.1.2	100	746473050076	PIZARRA ACRILICA DE 1.80 M X 1.50 M	S/10.00	1	S/10.00	3
2.6.3.2.1.2	100	746473050086	PIZARRA ACRILICA DE 50 cm X 40 cm	S/10.00	1	S/10.00	4
2.6.3.2.1.2	100	746473050092	PIZARRA ACRILICA DE 1.50 M X 1.20 M	S/10.00	1	S/10.00	5
TOTAL				S/3,103.13	10361	S/8,486.84	1681





PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital  
VitarteDECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

- SERVICIOS:**

CLASIFICADOR	META	CÓDIGO DEL ITEM	NOMBRE DEL ITEM	PRECIO REFERENCIAL	CANTIDAD PROGRAMADA	VALOR PROGRAMADO	ITEM SEC.
2.3.2 7.11.99	100	40100010008	SERVICIO DE COFFEE BREAK	S/12,000.00	1	S/12,000.00	39
2.3.2 7.11.99	100	40100010008	SERVICIO DE COFFEE BREAK	S/12,000.00	1	S/12,000.00	31
<b>TOTAL</b>				<b>S/12,000.00</b>	<b>2</b>	<b>S/24,000.00</b>	<b>70</b>

- RESUMEN:**

N°	Recursos Financieros	Monto Total
1	Bienes	S/ 8,486.84
2	Servicios	S/ 24,000.00
<b>TOTAL</b>		<b>S/ 32,486.84</b>

**Nota:** El financiamiento del presente se realizará de acuerdo con la disponibilidad presupuestal para el presente año 2021.





DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

**VI. MATRIZ DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES:**

**HOSPITAL VITARTE**

**CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE AUDITORÍA EN CALIDAD EN SALUD 2021**

Actividad Operativa	Actividad Presupuestal	Unidad de Medida	Meta Física Anual Inicial	I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM		
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Garantía de Cultura de la Calidad y Mejora Continua	Elaboración, aprobación e informe final del Plan de Auditoría en Calidad en Salud	Plan aprobado con Resolución Directoral	1	1											
	Conformación del Comité de Auditoría Médica y Comité de Auditoría en Salud formalmente designado y cumplen con el perfil establecido según NT N°029-MINSA/DIGPRES.V02.	CAS y CAM aprobado con Resolución Directoral	1	1											
	Capacitación a auditores médicos en la Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo	Informe de capacitación	2												
	Elaboración de auditorías de la calidad de atención, correspondientes a la jurisdicción adscrita a la IPRESS	Informe	4	1			1			1					1
Información para la Calidad	Elaboración de Auditorías de Caso (con énfasis en casos de muerte materna y eventos centinela).	Informe	2					1							1
	Informe de seguimiento de las recomendaciones productos de auditoría de la calidad de atención y auditoría de caso	Informe	2						1						1
	Evaluación de adherencia de Guías de Práctica Clínica de cualquiera de las morbilidades planteadas: TBC sensible, Control Prenatal, Hipertensión Arterial y Depresión	Informe	2											1	1





VII. ANEXOS:

ANEXO N°01

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°02**

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

(Auditoría de Caso)

Auditoría N° - 20...

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.

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°03			
FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO			
ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA			
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>			
<b>MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA</b>			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
<b>II) OBSERVACIONES</b>			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
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>		
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
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:	6	0	
DIURESIS	6	0	
DEPOSICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
TOTAL DE EGRESOS	6		
<b>BALANCE TOTAL</b>	<b>11</b>		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>77</b>		
<b>CALIDAD DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
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>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSIÓN</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			





**ANEXO N°04**

**INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°03**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/OBSTETRICIA**

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

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	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 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		

**DATOS DE FILIACIÓN**

VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
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

**CONTENIDO DEL REGISTRO**

**REGISTRA LOS INGRESOS:**

VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
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

**REGISTRA LOS EGRESOS:**

VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
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
TOTAL DE EGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
BALANCE TOTAL	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto

**CALIDAD DEL REGISTRO**

VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
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: Azul de día (mañana y tarde), Rojo de noche	No usa color oficial

**CÁLCULO 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 auditoría 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°05			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA			
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA			
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>
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>		
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
REGISTRA FRECUENCIA CARDÍACA	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 CARDÍACA 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>	<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.)	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 SANGUÍNEOS	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>27</b>		<b>NA</b>
<b>CALIDAD 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.- RECOMENDACIONES</b>			





ANEXO N°06		
INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°05		
FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0.		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
Miembros del comité de auditoría	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 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		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
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
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
Registra frecuencia cardíaca	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 cardíaca 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>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>
Registra operación y días 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 (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

CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
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 cardiaca y picos febriles)	No usa color oficial.
<b>CÁLCULO 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.		





**ANEXO N°07**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA**

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	

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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 ENFERMERÍA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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 AYUDA AL 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>		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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 "P", Suspensión "I", no cumplimiento "D")	30
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS	35
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTERCONSULTA SOLICITADA	35
<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.- CONCLUSIÓN	
V.- RECOMENDACIONES	





PERU

Ministerio  
de SaludHospital  
VitariteDECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

## ANEXO N°08

## INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°07

## FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA

Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0

## 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 código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presunto y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
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 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	CONFORME	NO CONFORME
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 EXÁMENES 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 borriones 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

## CÁLCULO 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 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.

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

## 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 QUÉ Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.





**ANEXO N°09**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA**

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
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>		
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERÍA	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>		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LÁPICERO 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	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>		

**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.- CONCLUSIÓN**

**V.- RECOMENDACIONES**





ANEXO N°10		
INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°09		
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
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 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		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
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
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME
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

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 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.
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
<b>NO CONFORMIDAD</b>
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
<b>CONCLUSIÓN</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°11**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA**

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	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, CÉTONAS Y VOLUMEN DE ORINA	5	0	NA
SE ANOTO FECHA Y HORA DEL PARTO	5	0	
SE ANOTO PESO TALLA Y ARGAR	5	0	
SE ANOTO TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	5	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>90</b>		
ATRIBUTOS DEL PARTOGRAMA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	4	0	
PULCRITUD	3	0	
LEGIBILIDAD	3	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>		
<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 100	10	0	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		

**CALIFICACIÓN**

SATISFACTORIO	
POR MEJORAR	
DEFICIENTE	
<b>III.- NO CONFORMIDAD:</b>	
<b>IV.- CONCLUSION</b>	
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>	





PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital  
VitarieDECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES  
"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N°12	
INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°11	
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, Gravedez, 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 cardíaca 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 referentes 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 utilizó 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 período. <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.	





ANEXO N°13	
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA	
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	
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>			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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>		
INDICACIONES TERAPEÚTICAS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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 EXÁMENES 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>	
CALIDAD DE REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTROS LÉGIBLES	1	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	2	0	
USO DE LAPICERÓ DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>6</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
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>	
<b>IV.- CONCLUSIÓN</b>	
<b>V.- RECOMENDACIONES:</b>	





**ANEXO N°14**

**INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°13**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA**

Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0.

**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 realizó la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópicos de Medicina, tópicos 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		
<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	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 TERAPÉUTICAS</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</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>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</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>CÁLCULO 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>CONCLUSIÓN</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°15			
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTÉTRICA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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>		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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>		
DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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>		
OTROS REGISTROS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRA OPERACIÓN Y DÍAS 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 SANGUÍNEOS ADMINISTRADOS	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>27</b>		NA
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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>		
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.- CONCLUSIÓN			
V.- RECOMENDACIÓN			





ANEXO N°16		
INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°15		
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTETRICIA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
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 tópicos de Medicina, tópicos 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 OBSTETRA TRATANTE	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
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
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
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	CONFORME	NO CONFORME
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	CONFORME	NO CONFORME
REGISTRA OPERACIÓN Y DÍAS 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 SANGUINEOS ADMINSTRADOS	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
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 cardiaca 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 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 QUÉ Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		





**ANEXO N°17**

**FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA**

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

MIEMBROS DEL COMITÉ	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	
GIE 10:	

II.- OBSERVACIONES			
A) ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
<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	5	0	
Funciones biológicas	1	0	
<b>Sub Total</b>	<b>11</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>21</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) EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS 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>		





E) DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
Sub Total	12		
F) APRECIACIÓN DEL CASO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Pronóstico	4	0	
Sub Total	4		
G) TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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	
Sub Total	6		
H) CONSENTIMIENTO INFORMADO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
Sub Total	6		
I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
Sub Total	2		

K) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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	
Sub Total	6		
Total	100		

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





<b>ANEXO N°18</b>	
<b>INSTRUCTIVO DEL ANEXO N°17</b>	
<b>FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA</b>	
<b>I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA</b>	
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	
<b>A) ANAMNESIS</b>	
FILIACIÓN	Conforme: Se registran los ítems señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica". No conforme: Se registran los datos de manera parcial; para el puntaje se sumarán los ítems que se encuentren registrados en la historia clínica.
ANTECEDENTES	Conforme: Consta de 7 ítems, se consignarán los datos necesarios para el caso. Comprende los antecedentes generales, fisiológicos, inmunológicos, patológicos, familiares, epidemiológicos y ocupacionales. No conforme: No se registran los datos.
ENFERMEDAD ACTUAL	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: Consta de 6 ítems, los cuales deben ser registrados en su totalidad: estado general, signos vitales, examen extra oral, examen intra oral, ficha odontológica y riesgo estomatológico. No conforme: No se registran los datos.
<b>C) PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO</b>	Conforme: Consta de 1 ítem, en el que se detallará el requerimiento de exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico definitivo, de ser necesario. No conforme: no se registra el dato de corresponder. No aplica: no se requiere exámenes auxiliares.
<b>D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS</b>	Conforme: Consta de 2 ítems, comprende el informe de resultados de los exámenes auxiliares e interconsultas adjuntados a la historia clínica. No conforme: No se encuentran en la historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y/o el informe de las interconsultas solicitadas.
<b>E) DIAGNÓSTICO</b>	Conforme: 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. No conforme: No se registran diagnósticos presuntivos ni definitivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico.
<b>F) APRECIACIÓN DEL CASO</b>	Consta de 1 ítem, en donde se contemplará el pronóstico.
<b>G) TRATAMIENTO</b>	Conforme: Tratamiento concordante con los diagnósticos establecidos y se registran los ítems correspondientes señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica". No conforme: 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>	Conforme: Consta de 2 ítems, los cuales deben ser llenados por el paciente previa información adecuada por parte del profesional, cuando corresponda. No conforme: No se encuentra adjunto el consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal en caso de corresponder.
<b>I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA 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.
<b>CALIFICACIÓN TOTAL</b>	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos

**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.

**NO CONFORMIDAD**

**HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO**

**CONCLUSIÓN**

**OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS**

**RECOMENDACIONES**

**SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.**





**ANEXO N°19  
MODELO DEL INFORME DE LA ADHERENCIA Y USO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**



SERVICIO/ÁREA	MES EVALUADO	FECHA DE REPORTE/INFORME

- ANTECEDENTES:**
  - (Si los hubiera, indicar el resultado obtenido de 02 evaluaciones realizadas con anterioridad indicando fecha de evaluación de cada una).
  - (Si no los hubiere, indicar que NO se evidencia antecedentes de reportes).
- ORIGEN DEL REPORTE/INFORME:**
  - Actividad correspondiente a Gestión Clínica del Servicio.
- FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN:**
  - Contribuir a la atención segura del paciente en el Hospital de Baja Complejidad Vitarte, mediante la aplicación estandarizada de las Guías de Práctica Clínica sustentadas con la mejor evidencia científica que permite brindar una atención integral segura y de calidad.
- METODOLOGÍA:**
  - Mensualmente se realiza la evaluación de adherencia y uso a las GPC.
  - Se solicita al Área de Consultorios Externos y Hospitalización 10 Historias Clínicas para ser evaluadas. Los diagnósticos deben coincidir con la GPC que se tomara como criterio en la evaluación.
  - Se procede a la evaluación de las Historias Clínicas.
  - El informe final deberá contener conclusiones y recomendaciones al SERVICIO/ÁREA a fin que se realicen acciones de mejora continua.
- RESULTADOS:**
  - (Si los hubiere indicar resultados anteriores realizando un análisis comparativo).
- SEGUIMIENTO:**
  - Solicitar mensualmente a la Jefatura del SERVICIO los avances del levantamiento de las recomendaciones emitidas en el presente reporte/informe.
- COMENTARIOS Y OBSERVACIONES:**
  - La Historia Clínica como documento fuente debe cumplir fehacientemente con las indicaciones y recomendaciones de las GPC.
- CONCLUSIONES:**
  - El informe evidencia que de los 4 ítems de las 10 Historias Clínica revisadas para la evaluación de la adherencia y uso de las GPC se obtuvo el calificativo de:

(Marcar con "X" donde corresponda)	NO CUMPLE	EN PROCESO	CUMPLE





9. **PLAN DE TRABAJO:**

- Sensibilizar a los médicos en el correcto y completo llenado de Historias Clínicas,
- Supervisión y seguimiento individual a los profesionales médicos sobre el uso adecuado de la guía de Práctica Clínica.

10. **RECOMENDACIONES:**

- Socializar en reuniones técnicas del Servicio los resultados obtenidos mencionando internamente a los profesionales responsables del no cumplimiento.
- RESPONSABLE: (Jefe del Servicio o encargado delegado por la Jefatura del Servicio).
- PLAZO: (Se sugiere no mayor a 30 días).

(Firma y sello del Jefe del Servicio)	(Firma y sello del Jefe de Área)
---------------------------------------	----------------------------------





ANEXO N°20

HOJA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN

SERVICIO:  
ÁREA EVALUADA:  
FECHA DE EVALUACIÓN:

HC N°	HC	TOTALES								
ORDEN	HC									
FECHA DE LA ATENCIÓN										
DIAGNÓSTICO CIE X SEGÚN G.P.C.										
PROFESIONAL QUE EVALUÓ LA CONSULTA										
CRITERIOS CUMPLIDOS EN G.P.C. (PUNTAJE: SI EVIDENCIA = 1; NO EVIDENCIA = 0)										
Signos y síntomas acorde a GPC										
Exámenes auxiliares acorde a GPC										
Diagnóstico acorde a GPC										
Terapéutica acorde a GPC										
										PUNTAJE TOTAL

METODOLOGÍA PARA VALORACIÓN DEL PUNTAJE  
COMPARAR EL "PUNTAJE OBTENIDO" CON LA ESCALA DE LA "TABLA DE VALORACIÓN".  
EJEMPLO:  
PUNTAJE TOTAL = 40  
PUNTAJE OBTENIDO = 40  
ENTRE 31 Y 40 = CUMPLE CON ADHERENCIA A LAS GPC.

PUNTAJE OBTENIDO

TABLA DE VALORACIÓN  
ENTRE 0 Y 20 = NO CUMPLE  
ENTRE 21 Y 30 = EN PROCESO  
ENTRE 31 Y 40 = CUMPLE

Firma y sello del Jefe del Servicio

Firma y sello del Jefe de Área



