

REPUBLICA DEL PERU



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0075 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661**

Sullana, 21 de enero del 2025

**VISTO:**

Nota Informativa N° 22-2024/HAS-430020165, de fecha 03 de diciembre del 2024, Nota Informativa N°025-2025/HAS-430020165, de fecha 14 de enero del 2025, proveído N° 189, de fecha 14 de enero del 2025, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, de acuerdo al documento del Visto, con Nota Informativa N° 22-2024/HAS-430020165, de fecha 03 de diciembre del 2024, la Presidenta del Comité de Auditoría del Hospital de Apoyo II-2 Sullana remite a la Oficina de Gestión de Calidad la proyección del "Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana" para su aprobación;

Que, de acuerdo al título preliminar I, II de la Ley N° 26842, Ley General del Salud, de fecha 15 de julio del 1997, determina que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Y la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante el artículo 42 de la ley antes mencionada, establece que todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que son sometido el paciente, sean estos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación;

Que, con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, se aprobó la NTS 050-MINSA/DGSP.02 "Norma Técnica de salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", de fecha 06 de junio del 2007, tiene como finalidad contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de Apoyo, según su nivel de complejidad cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, asimismo en la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", de fecha 31 de octubre del 2009, en su Octava Política, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud;

Que, con Resolución Ministerial N°502-2016-MINSA donde se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", de fecha 18 de julio del 2016, cuyo objetivo general es de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos. Y asimismo su finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, según las disposiciones generales en el punto 5, de los incisos 5.2 y 5.3 de la norma técnica antes mencionada, establece que el objeto de la presente NTS es mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por sí misma, no tiene fines punitivos. Y además, la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad;

Que, conforme a lo resuelto en el Artículo 2° de la Resolución Directoral N° 0050-2025/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-430020161, de fecha de fecha 16 de enero del 2025, se resolvió, Conformar, el "Comité de Auditoría de la Calidad en Salud del Hospital de Apoyo II-2 Sullana - periodo 2025, el mismo que fue integrado por los siguientes profesionales de la Salud:



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0075 -2025-GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-4300201661**

Sullana, 21 de enero del 2025

COMITÉ DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA - PERÍODO 2025		
N°	INTEGRANTES	FUNCIÓN
1	Med. Jesús María del Pilar Campos de Rodríguez	Presidente
2	Lic. Enf. Victor Luis Sobrevilla Navarro	Secretario
3	Obst. María Ysabel Tolentino Pérez	Vocal

Que, mediante la Nota Informativa N°025-2025/HAS-430020165, de fecha 14 de enero del 2025, la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad solicita al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, la aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana"

Que, en virtud a ello, mediante el documento emitido por la jefatura de la Oficina de Gestión de Calidad, con proveído N°189, de fecha 14 de enero del 2025, la Dirección Ejecutiva remite a la Oficina de Planeamiento Estratégico, la solicitud de aprobación y proyección de Acto Resolutivo del "Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana";

Estando informado la Dirección ejecutiva, con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y Oficina de Administración, y;

En uso de las Atribuciones y Facultades conferidas al Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 312-2015/GRP-CR, de fecha 16 de mayo del 2015, y de conformidad con la Resolución Ejecutiva Regional N° 0486-2024/GOBIERNO REGIONAL PIURA.GR, de fecha 19 de septiembre del 2024, que resuelve designar al médico **IVAN OSWALDO CALDERÓN CASTILLO**, en el cargo de Director Ejecutivo del Hospital de Apoyo II-2 Sullana;

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.- APROBAR**, el "Plan Anual de Auditoría de la Calidad en Salud 2025 del Hospital de Apoyo II-2 Sullana", que en documento adjunto forma parte de la presente Resolución.

**ARTICULO 2°.- DISPONER**, al Comité de Auditoría de la Calidad en Salud, el seguimiento y cumplimiento de sus funciones de acuerdo al plan, resuelto en el Artículo 1° de la presente resolución.

**ARTICULO 3.- DISPONER**, que la Oficina Funcional de Tecnologías de la Información y Telecomunicaciones publique la presente Resolución Directoral en el portal Web del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

**ARTICULO 4.- NOTIFICAR**, la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Control Institucional, Asesoría Legal, Oficina de Administración, Oficina de Gestión de Calidad, Comité de Auditoría de la Calidad en Salud e interesados.

**REGISTRESE, COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE.**

  
 DIRECCIÓN REGIONAL PIURA  
 HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA  
 PIURA  
 Dr. Ivan Oswaldo Calderón Castillo  
 DIRECTOR EJECUTIVO  
 C.M.F. 079875 - R.N.E. 028425



# PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD 2025 HOSPITAL DE APOYO II SULLANA



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

*[Signature]*  
**Dra. Pilar Campos de Rodriguez**  
CMP 22428 RNE 042618  
Presidente del Comité de Auditoría en Salud

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

*[Signature]*  
**Mg. Esp. Víctor Luis Sobrevilla Navarro**  
CEP 81586 RNE 25671 RNA 01153  
Secretario del Comité de Auditoría en Salud

GOBIERNO REGIONAL PIURA  
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

*[Signature]*  
**Mg. María Isabel Tolentino Pérez**  
COP 9584 RNE 2890 - E - 09  
Vocal del Comité de Auditoría en Salud

## INDICE

### Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. FINALIDAD .....	3
3. OBJETIVOS.....	3
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	3
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	4
4. BASE LEGAL.....	4
5. AMBITO DE APLICACIÓN .....	5
6. DEFINICIONES OPERATIVAS.....	5
7. ACTIVIDADES .....	7
8. METODOLOGIA: CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS	9
9. ESTRATEGIAS: .....	9
Herramientas para la Auditoria en salud: .....	10
11. INTEGRANTES DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD.....	11
12. PRESUPUESTO- REQUERIMIENTO .....	11
13. REQUERIMIENTO: .....	11
14. CRONOGRAMA PLAN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA AÑO 2025 .....	12
15. ANEXOS.....	33



# 1. INTRODUCCIÓN

La auditoría en salud se presenta como una alternativa eficiente para el mejoramiento en la calidad de los procesos, la atención e instalaciones. Es importante resaltar que, la inspección y análisis detallado provee a los expertos de datos claves para identificar si se cumple o no con los requisitos necesarios para garantizar el buen servicio y atención.

Conocer las condiciones del área hospitalaria es necesario, ya que permite identificar o corregir, "eventos adversos como pueden ser patologías asociadas a la higiene en la atención, prescripción u suministro de medicamentos equivocados, cirugía, manejo de artículos que han tenido contacto sanguíneo inseguro, entre otros".

La garantía de la Calidad de la Atención en Salud es un conjunto de acciones que tienen como finalidad asegurar una adecuada prestación, mediante la evaluación del cumplimiento de normas e intervenciones estandarizadas, de probada seguridad y económicamente accesibles, que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la percepción de las personas usuarias de los servicios, así como, en los indicadores de salud; contribuyendo a reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad.

Una de las estrategias más importantes de garantía de la calidad es la Auditoría, que consiste en la verificación sistemática del cumplimiento de los estándares de cuidado de los pacientes, identificando las oportunidades de mejora, promoviendo la práctica de la medicina basada en evidencias y el manejo clínico ético en NUESTRA Institución.

De esa forma, la auditoría en salud permite que las entidades públicas y privadas, asuman la postura de responsabilidad social y ambiental, donde se promueva el mejoramiento de la calidad de los servicios en nuestro país.

# 2. FINALIDAD

El presente plan, tiene como finalidad planificar, programar y ordenar las actividades de auditoría a la mejora continua de la calidad de la atención en salud a nuestros usuarios, a través de la evaluación de las atenciones brindadas en el Hospital de Apoyo II -2 Sullana.

# 3. OBJETIVOS

## 3.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la evaluación de los procesos respecto a la prestación de salud en temas de calidad, mediante la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en los Departamentos y/o Servicios Asistenciales del Hospital de Apoyo II -2 Sullana.

## 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS



3.2.1. Planificar las actividades a desarrollar para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el de Apoyo II -2 Sullana.

3.2.2. Conformar o Rectificar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.



3.2.3. Fortalecer las competencias de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el óptimo desarrollo de sus actividades.

3.2.4. Desarrollar las actividades de auditoría establecidas en la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.



3.2.5. Realizar Auditorías Internas a fin de evaluar la atención de salud

3.2.6. Realizar la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica por parte de los profesionales de la salud de los diferentes Departamentos y/o Servicios Asistenciales.



## 4. BASE LEGAL

- 
- Ley N°26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
  - Ley N°27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
  - Ley N°27927, que modifica la Ley N°27806, Ley de transparencia y acceso a la información pública.
  - Ley N°29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud.
  - Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud, y sus modificatorias.
  - Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones Del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
  - Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos De Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
  - Decreto Supremo N°034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”
  - Decreto Supremo N°007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
  - Resolución Ministerial N°519-2005/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud”.

- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".

- Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA que aprueba el "Reglamento De Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa".

- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud".

- Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".

- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA que aprueba el documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".

- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".

- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínicas", y sus modificatorias.

## 5. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de aplicación en los diferentes Departamentos y/o Servicios asistenciales del Hospital de Apoyo II -2 Sullana

## DEFINICIONES OPERATIVAS.

**6.1. AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.



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

**6.2. AUDITORÍA MÉDICA:** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.

**6.3. AUDITORÍA EN SALUD:** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

**6.4. 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.

**6.5. 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.

**6.6. EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO:** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.

**6.7. 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.

**6.8. 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.

**6.9. 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.

**6.10. 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.

**6.11. HISTORIA CLÍNICA:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, 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.

**6.12. INFORME FINAL DE AUDITORÍA:** Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.

**6.13. 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.

## 7. ACTIVIDADES

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** Planificar las actividades a desarrollar para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital De Apoyo II-2 Sullana.

### Actividad:

1. Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

### Tarea:

- a) Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud formulado.
- b) Difusión del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Resolución Directoral Rectificación del Comité

### Actividad:

1. Actualización Rectificación de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

### Tarea:

- a) Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud formalmente aprobados con Resolución Directoral.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** Fortalecer las competencias de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el óptimo desarrollo de sus actividades.

**Actividad:**

1. La Oficina de Gestión de la Calidad oficiara la Capacitación en Auditoría de Calidad de la Atención en Salud a los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

**Tarea:**

- a) Informe del Curso de Auditoría de Calidad de la Atención en Salud desarrollado.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 4:** Desarrollar las actividades de auditoría establecidas en la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

**Actividad:**

1. Ejecución de las actividades de Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud

**Tareas:**

- a) Informe de Auditorías en salud (programadas).
- b) Informe de Auditorías de Caso.
- c) Informe de Evaluación de la calidad del registro (General).
- d) Informe de Auditoría de historias clínicas por pares.
- e) Informe de Evaluación de la Calidad del Registro para cada departamento asistencial
- f) Informe de Evaluación del cumplimiento de las recomendaciones de los informes de Auditoría de Caso, Auditoría en Salud y de Evaluación de la Calidad del Registro.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 5:** Realizar Auditorías Internas a fin de evaluar la atención de Salud.

**Actividad:**

1. Evaluación de la calidad del registro de los formatos empleados.

**Tareas:**

- a) Informe de Auditoría de la calidad de registro la historia clínica.



- **OBJETIVO ESPECÍFICO 6:** Realizar la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica por parte de los profesionales de la salud de los diferentes Departamentos y/o Servicios Asistenciales.

**Actividad:**

1. Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica empleadas por los diferentes Departamentos y/o Servicios Asistenciales.

**Tarea:**

- a) Informe de Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica por parte de los Departamentos y/o Servicios asistenciales.



## 8. METODOLOGIA: CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS

- Cumple.- Si en la historia clínica se cumple el criterio de Garantía explícita  
No cumple.- Si en la historia clínica se cumple el criterio de Garantía explícita  
No aplica.- Cuando no se ha ubicado la historia clínica.

Para las evaluaciones de los Registros en las historias clínicas se usarán criterios, según el servicio:

Para los servicios de consulta externa, del total de historias clínicas que iniciaron su atención en dicho servicio, en el trimestre de evaluación, aleatoriamente se considerarán diez especialidades (considerando tanto especialidades médicas como quirúrgicas) y de cada especialidad seleccionada se elegirá aleatoriamente diez historias clínicas por médico.

Para los servicios de hospitalización, del total de historias clínicas de los pacientes que egresaron en el trimestre de evaluación, aleatoriamente se consideraran diez historias clínicas de Gineco obstetricia, diez de medicina, diez de cirugía y diez de pediatría.

Para el servicio emergencia, del total de historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en dicho servicio en el trimestre de evaluación, aleatoriamente se consideraran treinta historias clínicas

## 9. ESTRATEGIAS:

- Sensibilizar e involucrar a los Supervisores de los Servicios sobre la importancia de la implementación de las auditorías como herramienta para mejorar la calidad de atención.
- Difundir la norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud en todos los servicios del HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA



Capacitar al personal médico asistencial dentro de cada servicio, respecto a la Resolución Ministerial N.º 474-2005 que aprueba la Norma Técnica de Salud N.º 029-MINSA/DGSP V.01 Auditoría de la Calidad de Atención de la Calidad en Salud

Incorporar las actividades de auditoría como parte de la labor asistencial a nivel de los comités de auditoría del hospital. 

Socializar los resultados de auditoría médica (retroalimentación) a los supervisores de los servicios, miembros del comité y personal médico asistencial para lograr el empoderamiento en las actividades de auditoría y poder generar procesos de mejora continua.

Hacer seguimiento permanente de las recomendaciones y los avances de los proyectos de mejora generados por el proceso de auditoría.

## 10. Herramientas para la Auditoría en salud:

ÁREAS QUE ABARCA LA AUDITORÍA:	FUENTES DE INFORMACION:
Evaluación de historias clínicas de atención especializada.	Historias Clínicas Especializadas, recetas médicas, solicitud de exámenes auxiliares, formatos de atención.
Auditorías de registro.	Guías de atención de los componentes de atención Integral y atenciones sanitarias, Guías de Práctica Clínica, manuales de procedimiento, protocolos y otros.
Auditorías de caso.	Directivas que regulen los componentes de atención integral y estrategias sanitarias y Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud.





## 11. INTEGRANTES DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD



Nombres y Apellidos	Cargo en Hospital de Apoyo II-2 Sullana	Cargo en el Comité de Auditoría en Calidad en Atención en Salud
Jesús María Del Pilar Campos De Rodríguez	Medica Especialista en Epidemiología	Presidente
Victor Luis Sobrevilla Navarro	Licenciado en Enfermería Especialista uci adulto/neonatal-auditor	Secretario
Maria Ysabel Tolentino Perez	Lic. Obstetricia	Vocal

## 12. PRESUPUESTO- REQUERIMIENTO

El financiamiento de las actividades del presente plan será con los recursos de la Oficina de Gestión de la Calidad designados en su presupuesto anual.

## 13. REQUERIMIENTO:

- Papel Bond 6 millares
- Archivadores 4
- Lapiceros 1 docena
- Engrampado Alicata 1
- Equipo de cómputo + impresora
- Ambiente con escritorio y 5 sillas
- Tóner para computadora 3 cartuchos
- Sobre manilla 500
- Folder manilla 500
- Tableros acrílicos 6
- Aire acondicionado
- Libro de Acta 2
- Correctores 6
- Lápices 1 docena

## 14. CRONOGRAMA PLAN DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA AÑO 2025

N	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	ENR	FEB	MAR	AB	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC
<b>OE1: OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Planificar las actividades a desarrollar para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital De Apoyo Il-2 Sullana.</b>														
1	Elaboración y aprobación del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025.	DIRECTOR EJECUTIVO	X											
2	Difusión del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2025.	DIRECTOR EJECUTIVO	X	X										
<b>OE2: Resolución Directoral Rectificación del Comité.</b>														
1	Actualización Rectificación de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	CAS/CAM	X											
<b>OE3: Fortalecer las competencias de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para el óptimo desarrollo de sus actividades.</b>														
1	La Oficina de Gestión de la Calidad oficiara la Capacitación en Auditoría de Calidad de la Atención en Salud a los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	CAS/CAM					X						X	
<b>OE4: Desarrollar las actividades de auditoría establecidas en la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.</b>														
1	Ejecución de las actividades de Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud	CAS/CAM		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>OE5: Realizar Auditorías Internas a fin de evaluar la atención de Salud.</b>														
1	Evaluación de la calidad del registro de los formatos empleados.	CAS/CAM		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>OE6: Realizar la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica por parte de los profesionales de la salud de los diferentes Departamentos y/o Servicios Asistenciales.</b>														
1	Realizar la evaluación de la adherencia a las Guías de Práctica Clínica por parte de los profesionales de la salud de los diferentes Departamentos y/o Servicios Asistenciales.	CAS/CAM					X	X	X	X	X	X	X	X



## 15. ANEXOS

### ANEXO N° 5

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

##### I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

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

##### II) OBSERVACIONES

FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4</b>				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9</b>				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>9</b>				



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

**CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN**

SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %
DEFICIENTE	MENOS 75%

III.- NO CONFORMIDADES

IV.- CONCLUSIONES

V.- RECOMENDACIONES



**ANEXO N° 6**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA**

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA  
 NÚMERO DE AUDITORÍA  
 FECHA DE AUDITORÍA  
 SERVICIO AUDITADO  
 ASUNTO  
 FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA  
 CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA  
 CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE  
 DIAGNÓSTICO DEL ALTA  
 CIE 10  
 II) OBSERVACIONES

FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>8</b>		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>13</b>		

EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>20</b>		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>19</b>		
ESPECIFICAS INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3</b>		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>8</b>		





NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
<b>SUBTOTAL</b>	<b>3</b>		<b>NA</b>
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<b>CALIFICACIÓN</b>			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
<b>III.- NO CONFORMIDAD</b>			
<b>IV.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			



**ANEXO N° 7**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN**

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

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

**II) OBSERVACIONES**

ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
-----------	----------	------------	-----------	-----------	-----------

**FILIACIÓN**

Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Compañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
<b>SUBTOTAL</b>	<b>4.5</b>				

**ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES**

	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>				



**ANEXO Nº 8**

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

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA
NÚMERO DE AUDITORÍA
FECHA DE AUDITORÍA
SERVICIO AUDITADO
ASUNTO
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA
DIAGNÓSTICO
CIE 10

II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PESO (Según sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>13</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL	6	0	NA
VIA PARENTERAL	6	0	NA
AGUA DE OXIDACIÓN	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	NA
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS:			
DIURESIS	6	0	
DEPOSICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
<b>TOTAL DE EGRESOS</b>	<b>6</b>		
<b>BALANCE TOTAL</b>	<b>11</b>		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>77</b>		



CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE	2	0	
PULCRITUD	2	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO U OBSTETRA	4	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>10</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
<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.- CONCLUSION</b>			
<b>V.- RECOMENDACIONES</b>			



ANEXO N° 9

FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA  
 NÚMERO DE AUDITORÍA  
 FECHA DE AUDITORÍA  
 SERVICIO AUDITADO  
 ASUNTO  
 FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA  
 CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA  
 CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL  
 DIAGNÓSTICO  
 CIE 10

II) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	1	0	
N° HISTORIA.	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>11</b>		
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	7	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	7	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	7	0	
REGISTRA TEMPERATURA	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/ MIN.	7	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	7	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>56</b>		



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





**ANEXO N° 10**

**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			
<b>DATOS DE FILIACIÓN</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
PESO	1	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	1	0	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	1	0	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>12</b>		
<b>CONTENIDO DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
FECHA	7	0	
HORA	7	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	7	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VIA, MEDICAMENTO, HORA	16	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE 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>		
<b>ATRIBUTOS DEL REGISTRO</b>	<b>CONFORME</b>	<b>NO CONFORME</b>	<b>NO APLICA</b>
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	1	0	
PULCRITUD	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	3	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
<b>SUBTOTAL</b>	<b>7</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		



CALIDAD DEL KÁRDEX		CALIFICATIVO
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento "1", Suspensión "1/1", no cumplimiento "0")		30
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS		35
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTER-CONSULTA SOLICITADA		35
Total		100
CALIFICACIÓN		
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
III.- NO CONFORMIDAD		
IV.- CONCLUSION		
V.- RECOMENDACIONES		



**ANEXO N° 11**

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

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA
NÚMERO DE AUDITORÍA
FECHA DE AUDITORÍA
SERVICIO AUDITADO
ASUNTO
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL
DIAGNÓSTICO
CIE 10

**II) OBSERVACIONES**

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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 ENFERMERIA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>81</b>		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	1		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)	2		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>5</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		



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



**ANEXO N° 12**

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

**I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA**

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA
ASUNTO
FECHA DE AUDITORÍA
NÚMERO DE AUDITORÍA
SERVICIO AUDITADO
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA
CÓDIGO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE
DIAGNÓSTICOS
CIE 10

**II) OBSERVACIONES**

	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN DE LA PACIENTE	5	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	5	0	
MEMBRANAS ROTAS	5	0	NA
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	
CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO AMNÍOTICO	5	0	
MOLDEAMIENTO DEL POLO CEFÁLICO FETAL	5	0	
DILATACIÓN CERVICAL	5	0	
DESCENSO CEFÁLICO	5	0	
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	5	0	
USO DE OXITOCINA	5	0	NA
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	5	0	NA
PRESIÓN ARTERIAL	5	0	
PULSO	5	0	
TEMPERATURA	5	0	
PROTEÍNAS, CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA	5	0	NA
SE ANOTO FECHA Y HORA DEL PARTO	5	0	
SE ANOTO PESO TALLA Y APGAR	5	0	
SE ANOTO TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	5	0	
SUBTOTAL	90		
ATRIBUTOS DEL PARTOGRAMA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	4	0	
PULCRITUD	3	0	
LEGIBILIDAD	3	0	
SUBTOTAL	10		
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>		
CALIDAD DE ATENCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	20	0	
EVOLUCIÓN DEL PARTO	30	0	





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



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





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





**ANEXO N° 14**  
**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTETRICIA**

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

