

# PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD HOSPITAL BELEN LAMBAYEQUE - 2025



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA  
CALIDAD

LAMBAYEQUE - PERÚ

**PLAN ANUAL DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD  
2025**

**HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE**



## INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	FINALIDAD.....	3
3.	OBJETIVOS .....	3
4.	BASE LEGAL.....	4
5.	AMBITO DE APLICACIÓN.....	5
6.	DEFINICIONES OPERATIVAS .....	5
7.	ACTIVIDADES.....	7
8.	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICA DE LA MUESTRA .....	8
9.	COMITÉS DE AUDITORIA.....	9
10.	PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....	11
11.	ANEXO .....	12



## 1. INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud se define como aquella centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos.

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.

La satisfacción del usuario en los hospitales públicos es un indicador interno de la expectativa y la percepción, y se considera una medida de control del funcionamiento del sistema sanitario en el Perú.

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 establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

En nuestro país las actividades de auditoría médica se desarrollan desde hace más de dos décadas, haciendo que se mejore la manera en que se está brindado la oferta y fortaleciendo la función general de control interno de la institución con fin de promover la calidad y la mejora continua en las prestaciones de servicio.

En este sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad, en cumplimiento de la NTS N°029- MINSA/DIGEPRES-V-02 (aprobada con Resolución Ministerial N°502-2016/MINSAs), ha elaborado el presente Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2025 que detalla las actividades a cumplir durante el presente año.

## 2. FINALIDAD

El presente plan, tiene como finalidad planificar, programar y ejecutar las actividades de auditoría orientada a la mejora continua de la calidad de la atención en salud de nuestros usuarios, a través de la evaluación sistemática de los procesos asistenciales en el Hospital Belén de Lambayeque.



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la evaluación de los procesos relacionados 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 Belén de Lambayeque.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Planificar y ejecutar las actividades a desarrollar para la implementación de la Norma Técnica N°029- MINS/DIGEPRES-V-02 de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital Belén de Lambayeque.
- ✓ Conformar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.
- ✓ Promover la aplicación de la NTS de Auditoría de la calidad de atención en salud en los departamentos y/o servicios asistenciales identificando las oportunidades de mejora a partir de la realización de los informes de auditorías.
- ✓ 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.
- ✓ Mejorar la calidad de los registros asistenciales mediante el desarrollo de auditorías de Gestión clínica.
- ✓ Promover buenas prácticas en la calidad de atención en salud al paciente.

### 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 Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 2025 es de aplicación en todos los Departamentos y/o Servicios asistenciales del Hospital Belén de Lambayeque.

## 6. DEFINICIONES OPERATIVAS.

- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **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.



- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO:** Verificación seriada o muestra 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.
- ✓ **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:** 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.
- ✓ **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 y ejecutar las actividades a desarrollar para la implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el Hospital Belén de Lambayeque.

### Actividad:

1. Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud
2. Socializar y validar el plan con los responsables de los Departamentos y/o servicios asistenciales del hospital.
3. Gestionar la aprobación y oficialización del plan mediante Resolución Directoral

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Conformar los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.

### Actividad:

1. Actualización de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.
2. Gestionar la aprobación y emisión de la resolución directoral que formaliza la conformación de los comités

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 3:** Fortalecer las competencias de los integrantes de los Comités de Auditoría y de los equipos de auditoría del Hospital Belén de Lambayeque.

### Actividad:

1. Gestionar la programación de capacitaciones para el comité, jefes de departamento y personal asistencial.



2. Impartir formación sobre la aplicación de la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN.V02 “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” y otros lineamientos de calidad.

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

**Actividad:**

1. Identificar auditorías de caso en los distintos departamentos asistenciales del hospital (evento adverso, complicaciones anestésicas, complicaciones postoperatorias).
2. Realizar auditorías de caso de muertes materno-perinatal directa e indirecta suscitadas en el Hospital Belén de Lambayeque.
3. Realizar las auditorías de caso que son solicitadas al HBL y elaborar los informes respectivos.
4. Realizar las auditorías programadas para evaluar el proceso y la calidad de atención en salud a todos los departamentos asistenciales con hospitalización del HBL.
5. 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 la evaluación de la calidad del registro de los formatos empleados en Centro Quirúrgico.

**Actividad:**

1. Evaluación de la calidad del registro de los formatos empleados en Centro Quirúrgico.
2. Informe de Auditoría de la calidad de registro de los Reportes Operatorios de la historia clínica.
3. Informe de Auditoría de la calidad de registro de los Reportes de Anestesia de la historia clínica.
4. Informe de Auditoría de la calidad de registro de los Reportes de Recuperación de 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.
2. Analizar el nivel de adherencia en cada departamento o servicio asistencial.



3. Elaborar informes de evaluación con hallazgos y recomendaciones para mejorar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica.
4. Coordinar con los jefes de departamento estrategias de mejora para fortalecer la aplicación de las Guías de Práctica Clínica.

**8. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICA DE LA MUESTRA**

5. El cálculo de la muestra para evaluar la calidad del registro en los diversos formatos de la historia clínica se realiza mediante muestreo aleatorio. Como referencia, en el año 2024 se llevaron a cabo 120 auditorías, y para este año se tiene previsto realizar las siguientes evaluaciones:
6. Formatos de Consulta Externa: 30 evaluaciones.
7. Formatos de Emergencia: 30 evaluaciones.
8. Formatos de Hospitalización: 30 evaluaciones.
9. Formatos de Obstetricia: 30 evaluaciones.
10. Formatos de Ginecología: 30 evaluaciones.
11. Formato de cirugía: 30 evaluaciones.
12. Formato de Neonatología y Pediatría: 30 evaluaciones.

**9. COMITÉS DE AUDITORIA**

13. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se Aprueba la NTS N°
14. 029-MINSA/DIGEPRESV.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud "se aprobó la conformación del Comité de Auditoría en Salud y Comité de Auditoría Médica.

COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA	
15.CARGO	16.NOMBRES Y APELLIDOS
17.PRESIDENTE	18. Director Ejecutivo HBL
19.SECRETARIO	20.Médico Auditor del HBL
21.MIEMBRO	22.Jefe del Departamento de Cirugía
23.MIEMBRO	24.Jefe del Departamento Medicina
25.MIEMBRO	26.Jefe del Departamento de Pediatría
27.MIEMBRO	28.Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia
29.MIEMBRO	30.Jefe del Departamento de Emergencia
31.MIEMBRO	32.Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.

33.COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD	
34.CARGO	35.NOMBRES Y APELLIDOS
36.PRESIDENTE	37.Director Ejecutivo HBL
38.SECRETARIO	39.Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad
40.MIEMBRO	41.Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnostico
42.MIEMBRO	43.Jefe del Departamento Medicina
44.MIEMBRO	45.Jefe del Departamento de Pediatría
46.MIEMBRO	47.Jefe del Departamento de Gineco-obstetricia
48.MIEMBRO	49.Jefe de la Unidad de Seguros Públicos y Privados
50.MIEMBRO	51.Jefe del Departamento de Enfermería
52.MIEMBRO	53.Jefe de la Unidad de Estadística e Informática
54.MIEMBRO	55.Coordinadora Obstétrica del Servicio de Obstetricia



10. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

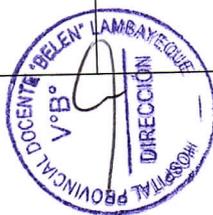
DEPENDENCIA: HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE						
CENTRO DE COSTO: OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD						
OBJETIVO GENERAL DE LA ACTIVIDAD OPERATIVA:						
CAT_PRESP	META/SF	ACT_PRESP	ACT_OPER	FUENTE FINANCIAMIENTO	CLASIFICADOR DE GASTO	TOTAL, S/.
9001 Acciones Centrales	118	5000003 Gestión Administrativa	Acciones de Auditoria de la Calidad de Atención	Recursos Ordinarios	2.3.2.9.1.1 Locación de servicios realizados por personas naturales relacionadas al rol de la entidad.	S/ 66,000.00
					2.3.1.5.1.2 Papelería en general, útiles y materiales de oficina.	S/ 744.98
<b>TOTAL - Actividad Operativa</b>						S/ 67,744.98
<b>TOTAL - Actividad Presupuestal</b>						S/ 67,744.98



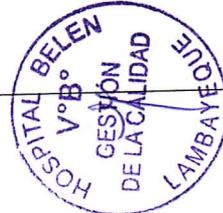
11. ANEXO

ANEXO 1: CRONOGRAMA

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	RESPONSABLE
	OE 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 Belén de Lambayeque.	Elaboración del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Plan de auditoría 2025	1	X												Unidad de Gestión de la Calidad
		Socializar y validar el plan con los responsables de los Departamentos y/o servicios asistenciales del hospital.	Acta de reunión para la socialización.	1	X	X											Unidad de Gestión de la Calidad
		Gestionar la aprobación y oficialización del plan mediante Resolución Directoral	Resolución directoral del plan 2025	1			X										



	OE 2: Conformer los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud mediante Resolución Directoral.	Actualización de los miembros de los Comités de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud	Plan de auditoría 2025	1	X						Unidad de Gestión de la Calidad
		Gestionar la aprobación y emisión de la resolución directoral que formaliza la conformación de los comités	Resolución directoral	1	X						Unidad de Gestión de la Calidad
OE3:	Fortalecer las competencias de los integrantes de los Comités de Auditoría y de los equipos de auditoría del Hospital Belén de Lambayeque.	Gestionar la programación de capacitaciones para el comité, jefes de departamento y personal asistencial.	Informe técnico	1	X						Comité de Auditoría en salud
OE4:	Ejecutar las actividades de auditoría establecidas en la Norma	Impartir formación sobre la aplicación de la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN.V02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" y otros lineamientos de calidad.	Informe técnico	1	X						Comité de Auditoría en salud
		Identificar auditorías de caso en los distintos departamentos asistenciales del hospital (evento adverso, complicaciones anestésicas, complicaciones postoperatorias).	Informe técnico			x					Comité de Auditoría en salud



Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.	Realizar auditorías de caso de muertes materno-perinatal directa e indirecta suscitadas en el Hospital Belén de Lambayeque.	Informe técnico	210	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría Médica			
				Realizar las auditorías de caso que son solicitadas al HBL y elaborar los informes respectivos.	Informe técnico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría en salud	
				Realizar las auditorías programadas para evaluar el proceso y la calidad de atención en salud a todos los departamentos asistenciales con hospitalización del HBL.	Informe técnico		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Comité de Auditoría en salud
				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.	Informe técnico	7						X	X	X	X	X	Comité de Auditoría en salud
				Evaluación de la calidad del registro de los formatos empleados en Centro Quirúrgico.	Informe técnico	1							X	X	X	X	Comité de Auditoría en salud
				OE5: Realizar la evaluación de la calidad del registro de los formatos empleados en Centro Quirúrgico.	Informe técnico	1											Comité de Auditoría en salud
				Informe de Auditoría de la calidad de registro de los Reportes Operatorios de la historia clínica.	Informe técnico	1											Comité de Auditoría en salud



			Informe de Auditoría de la calidad de registro de los Reportes de Anestesia de la historia clínica.	Informe técnico	1													X	X	Comité de Auditoría en salud
			Informe de Auditoría de la calidad de registro de los Reportes de Recuperación de la historia clínica.	Informe técnico	1													X	X	Comité de Auditoría en salud
		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.	Evaluación de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica empleadas por los diferentes Departamentos y/o Servicios Asistenciales.	Informe técnico	7													X	X	Comité de Auditoría en salud
			Analizar el nivel de adherencia en cada departamento o servicio asistencial.	Informe técnico	7													X	X	Comité de Auditoría en salud
			Elaborar informes de evaluación con hallazgos y recomendaciones para mejorar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica.	Informe técnico	7													X	X	Comité de Auditoría en salud
			Coordinar con los jefes de departamento estrategias de mejora para fortalecer la aplicación de las Guías de Práctica Clínica.	Informe técnico	7													X	X	Comité de Auditoría en salud



**ANEXO N° 02**

**FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTO 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>				



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



**ANEXO N° 03**

**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
Etnia	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	NA
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	
SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECÍFICAS INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		

