DOCUMENTO TÉCNICO: "PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - 2025"

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

"CENTRO DE COSTOS: UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD"

2025

MIEMBROS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD - UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

Lic. María Ángela Vílchez Vásquez
JEFA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

MC. José Francisco Verástegui Acuña
EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN: 4
II. FINALIDAD: 5
III. OBJETIVOS: 5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN: 5
V. BASE LEGAL: 6
VI. CONTENIDO: 8
6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS): 8
6.2. ACTIVIDADES: 12
6.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MUESTRAS 14
6.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRAS: 14
6.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS: 14
VII. RESPONSABILIDADES: 15
7.1. COMITÉS DE AUDITORÍAS: 15
7.1.1. COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (CAM): 15
7.2.2. COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD (CAS): 16
VIII. ANEXOS: 17
ANEXO 1: FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EMERGENCIA 17
ANEXO 2: FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE HOSPITALIZACION 18
ANEXO 3: FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO 19
ANEXO 4: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA 22
ANEXO 05: MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (AUDITORÍA PROGRAMADA) 22
ANEXO 06: MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (AUDITORÍA DE CASO) 24
ANEXO 07: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA 25
ANEXO 08: INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA 27
ANEXO 09: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA 30
ANEXO 10: INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA 32
ANEXO 11:FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN 35
ANEXO 12:INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN 38
ANEXO 13: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA 40
ANEXO 14: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA 42
ANEXO 15: FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA 44
ANEXO 16: FORMATO DE INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA 47
IX. BIBLIOGRAFÍA 49

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

I. INTRODUCCIÓN:

El Hospital San Juan de Lurigancho es un establecimiento de salud público y órgano desconcentrado del Ministerio de Salud (MINSA), que mediante **Resolución Directoral N° 004 - 2010 - DISA - IV - LE - DESP - OAJ** forma parte del Ministerio de Salud (MINSA) de Perú, con la Categoría II-2 de Hospital de Mediana Complejidad. Esta categoría reconoce su capacidad para proporcionar Atención Médica en áreas como Promoción de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación, asimismo desempeña un papel importante en la Docencia e Investigación, contribuyendo al desarrollo de conocimientos en el área de la salud.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es un proceso sistemático, documentado y objetivo que permite obtener y evaluar evidencia para identificar oportunidades de mejora en la atención a los pacientes. Este proceso facilita la transición hacia una práctica médica basada en evidencias (MBE), apoyándose en guías de práctica clínica que orientan el manejo clínico dentro de un marco ético y legal. A su vez, la auditoría asegura el cumplimiento de los estándares de calidad y las mejores prácticas en la atención sanitaria, evaluando aspectos fundamentales como la eficacia, seguridad, accesibilidad, oportunidad y satisfacción del paciente. A través de la identificación de áreas de mejora, se busca corregir deficiencias y promover la mejora continua de los procesos, garantizando que los pacientes reciban servicios de calidad, seguros y efectivos. Asimismo las Historias Clínicas son documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico, por lo que su información contribuye directa e indirectamente en la calidad de atención a los pacientes, optimiza la gestión de los establecimientos, protege los intereses legales del paciente, del personal de salud y de nuestro establecimiento de Salud Hospital San Juan de Lurigancho.

En el marco de la **Resolución Ministerial N° 502 - 2016 - MINSA**, emitida el 15 de julio de 2016, se aprueba la **Norma Técnica Nº 029 - MINSA / DIGEPRES - V. 02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"**, esta norma tiene como objetivo establecer los lineamientos y procedimientos para la auditoría de la calidad en los servicios de salud, con el fin de garantizar la mejora continua de la atención sanitaria, asegurando que se cumplan los estándares de calidad y se optimicen los recursos del sistema de salud pública. A través de esta normativa, se busca fortalecer la supervisión, evaluación y control de la calidad en los establecimientos de salud, asimismo es una herramienta de mejoramiento continuo de las IPRESS.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

Como parte de la implementación de la **"Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud"**, se define al Plan Anual de Auditoría, como "Plan que detalla las actividades de auditoría de la calidad de atención en salud, en el cual se establecen las auditorías de oficio que a lo largo del año desarrollaran los diferentes comités de auditoría, como el comité de auditoría en Salud (CAS), el comité de auditoría Médica (CAM)" y otros comités que buscan mejorar la calidad de atención.

El **Plan Anual de Auditoría de la Calidad 2025** del **Hospital San Juan de Lurigancho** tiene como propósito implementar lo dispuesto en la Norma Técnica de Auditoría, con el fin de mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en los procesos de atención dentro de las diversas instituciones del Sector Salud. Este Plan resalta la importancia de la auditoría como herramienta clave para garantizar la calidad de los servicios y establece la necesidad de realizar una auditoría continua en todos los servicios asistenciales del hospital. El objetivo común de este Plan es mejorar la atención y los resultados en salud, mediante la evaluación e identificación de áreas de mejora en los procesos, asegurando que se cumplan los estándares de calidad establecidos. Así, se busca optimizar la atención a los pacientes y promover la mejora continua de la gestión sanitaria en la institución.

II. FINALIDAD:

- El presente plan tiene como finalidad de planificar acciones para "Contribuir a la mejora continua de la calidad en la atención en salud y los servicios médicos de apoyo, optimizando los procesos de atención a través de un registro preciso y conforme a la norma técnica vigente en la historia clínica, así como la adherencia estricta a las Guías de Práctica Clínica, fomentando un ciclo de retroalimentación constante y educación continua de los profesionales de la salud, promoviendo la actualización y el fortalecimiento de sus competencias para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en el paciente".

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Contribuir a la mejora continua de la calidad de la atención en salud, mediante la evaluación y optimización de los procesos asistenciales en los distintos departamentos y servicios, para garantizar una atención de salud de alta calidad. Esto se logrará promoviendo mejoras constantes, basadas en principios de ética y transparencia, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE.1. Establecer los comités y equipos responsables de la auditoría de la calidad de atención, mediante un monitoreo continuo de las atenciones brindadas por el personal de salud, para optimizar la calidad de los servicios asistenciales, en el Hospital San Juan de Lurigancho.

OE.2. Evaluar la calidad de los procesos de atención en todos los servicios asistenciales, mediante evaluaciones periódicas de los registros asistenciales a través del desarrollo de auditorías de la calidad de atención orientado a la mejora continua de la calidad, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

OE.3. Verificar el cumplimiento de las atenciones de acuerdo a las normas técnicas de salud vigentes y la calidad de sus registros en las historias clínicas, mediante las auditorias de calidad de atención, para mejorar la calidad de atención en salud y evitar problemas medico legales, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

OE.4. Fomentar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica, Manuales de Procedimiento y Protocolos aprobados en la atención de pacientes, promoviendo la implementación de buenas prácticas basadas en la evidencia científica para mejorar los resultados en salud, para mejorar la atención médica y salud reduciendo los problemas médico legales, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

OE.5. Promover la educación continua y la retroalimentación de los profesionales de salud, mediante el seguimiento del cumplimento de las guías de practica clínicas correspondientes a los diferentes servicios asistenciales, para actualizar sus conocimientos y habilidades, mejorando su desempeño y contribuyendo a una cultura de mejora continua, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

OE.6. Analizar la información de forma periódica que permitan a la dirección del hospital tomar decisiones basadas en datos y objetivos sobre la oportunidad de

mejora de la calidad asistencial, mediante el análisis oportuno de la información, para garantizar una gestión de calidad, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

OE.7. Garantizar el monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de las auditorías realizadas con respecto a las atenciones asistenciales y de la seguridad del paciente, mediante la implementación de acciones correctivas y preventivas basadas en los hallazgos de las auditorías, para asegurar un entorno de atención seguro y centrado en el paciente, en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

- El presente Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud 2025 es de aplicación en el Hospital San Juan de Lurigancho Nivel II-2, se desarrollará en las siguientes UPSS de la institución:
  - Hospitalización
  - Consulta externa
  - Centro Quirúrgico
  - Unidades de Cuidados Intensivos
  - Emergencia
  - Diagnóstico por Imágenes
  - Patología Clínica

V. BASE LEGAL:

- Ley N°30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.
- Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N°27815, ley del código de Ética de la función Pública.
- Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N°008-2017/SA, se aprueba el ROF del Ministerio de Salud, Lineamientos de Política del Sector Salud.
- Decreto Supremo N°013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N°523-2020/MINSA, que aprueba la NTS N°163-MINSA/2020/CDC "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las infecciones asociadas a la Atención de la 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 Clínica".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGEPRES. V.02: "Norma Técnica de Salud de Auditoría de Calidad de la Atención en Salud".

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica".
- Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, que aprueba la NTS 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°095-2012/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
- Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP. V.03: Norma Técnica de Salud "Categorías de establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N°523-2007/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N°050-MINSA/DGSP. V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la 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°753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020-MINSA/DGSP. V.01: "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N°751-2004-MINSA, que aprobó la NT N°018-MINSA/DGSP. V01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencias de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
- Resolución Directoral N°34-2025-DE-HSJL/MINSA, que aprueba el Comité de Auditoría de salud del Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Resolución Directoral N°32-2025-DE-HSJL/MINSA, que aprueba el "Plan de Trabajo de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Resolución Directoral N°22-2025-DE-HSJL/MINSA, que aprueba el Comité de Auditoría Médica del Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.
- Resolución Directoral N°11-2025-DE-HSJL/MINSA, que aprueba el Comité de Gestión de la Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho, 2025.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- Resolución Directoral N°363-2024-DE-HSJL/MINSA, que aprueba el Plan Operativo Institucional (POI) 2025 – Hospital San Juan de Lurigancho.

VI. CONTENIDO:

- 6.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES (DEFINICIONES OPERATIVAS):

1	**AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**	Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Esto implica: - La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos en salud definidos como prioritarios. - La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. - La propuesta e implementación de recomendaciones tendientes a corregir las desviaciones detectadas y el seguimiento de las mismas.
2	**AUDITORÍA INTERNA**	Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo
3	**AUDITORÍA EXTERNA**	Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
4	**AUDITORÍA MÉDICA**	Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
5	**AUDITORÍA EN SALUD**	Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
6	**AUDITORÍA PROGRAMADA**	Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
7	**AUDITORÍA DE CASO**	Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
8	**AUDITORÍA REGULAR / ORDINARIA**	Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.
9	**AUDITORÍA DIRIMENTE**	Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

		incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.
10	AUDITORÍA DE GESTIÓN CLÍNICA	Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.
11	ACCIÓN CORRECTIVA	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
12	ACCIÓN PREVENTIVA	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseada.
13	ACTO MÉDICO	Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
14	CALIDAD DE LA ATENCIÓN	Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
15	CAUSA	Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los hallazgos en una Auditoría de Caso.
16	CONCLUSIÓN	Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
17	CONDICIÓN	Descripción del hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los hallazgos en una Auditoría de Caso.
18	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

		exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4 y 40 de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud.
19	CRITERIO	Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los hallazgos en una Auditoría de Caso.
20	EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO	Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.
21	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Entienden por establecimientos de salud aquellos que realizan actividades de prevención, promoción, recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
22	EVENTO ADVERSO	Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, está directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
23	EVENTO CENTINELA	Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
24	EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA	Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.
25	FUENTES PARA AUDITORÍA	Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia. Además, se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.
26	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.
27	HALLAZGOS DE AUDITORÍA	Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
28	HISTORIA CLÍNICA (HC)	Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

		forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
29	INCIDENTE	Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
30	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
31	MÉDICO TRATANTE	Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.
32	NO CONFORMIDAD	Incumplimiento de un criterio en auditoría.
33	PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente
34	RECOMENDACIONES	Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas
35	RIESGO	Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud
36	SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO	Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento, con o sin internamiento según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas clínicos.
37	SUMILLA	Título que resume el hallazgo. Es la parte de la estructura de la reacción de cada uno de los hallazgos en una auditoría

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- 6.2. ACTIVIDADES:

N°	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	SUBPRODUCTO/ TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL	PROGRAMACIÓN - META FÍSICA												RESPONSABLES	CENTRO DE COSTO
								ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
1	OE.1.	9002. ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS	3999999. SIN PRODUCTO	5000377. MEJORAMIENTO DE LA OFERTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	SOLICITAR MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO, LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (CAM)	RESOLUCIÓN DIRECTORAL	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	EQUIPO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD	UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
2	OE.1.				SOLICITAR MEDIANTE ACTO RESOLUTIVO, LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD (CAS)	RESOLUCIÓN DIRECTORAL	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	OE.2.				ELABORAR EL PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	PLAN	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
4	OE.2.				REALIZAR LA EVALUACIÓN DE REGISTROS ASISTENCIALES DE CONSULTA EXTERNA.	HCL	360	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30		
5	OE.2.				REALIZAR LA EVALUACIÓN DE REGISTROS ASISTENCIALES EN HOSPITALIZACIÓN.	HCL	360	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30		
6	OE.2.				REALIZAR LA EVALUACIÓN DE REGISTROS ASISTENCIALES EN EMERGENCIA.	HCL	360	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30		
7	OE.2.				REALIZAR LA EVALUACIÓN DE REGISTROS ASISTENCIALES EN SERVICIOS CRÍTICOS. (UCI)	HCL	180	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		
8	OE.2.				REALIZAR LAS AUDITORÍAS DE CALIDAD DE REGISTRO EN FALLECIDOS	HCL	60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
9	OE.2.				REALIZAR LAS AUDITORÍAS DE CASO, SEGÚN NORMA.	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
10	OE.3.				REALIZAR REUNIONES, MONITOREO DE RESULTADOS Y RETROALIMENTAR CON REPRESENTANTES DE LAS UPSS, PARA LA EVALUACIÓN CONJUNTA DE REGISTROS ASISTENCIALES EN HISTORIA CLÍNICA.	ACTA	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1		
11	OE.3.				REALIZAR REUNIONES DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA MONIforear Y ORIENTAR AL PERSONAL INVOLUCRADO EN LOS PROCESOS DE MEJORA.	ACTA	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1		

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

N°	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIA PRESUPUESTAL	PRODUCTO	ACTIVIDAD PRESUPUESTAL	SUBPRODUCTO / TAREA	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA ANUAL	PROGRAMACIÓN - META FÍSICA												RESPONSABLES	CENTRO DE COSTO
								ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
12	OE.4.				LLEVAR A CABO LAS REVISIONES DE LAS AUDITORÍAS DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTOS DE LOS DISTINTOS DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL SJL	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
13	OE.5.				CAPACITAR EN TEMAS DESARROLLADAS EN AUDITORÍAS HACIA LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ Y DEL EQUIPO DE AUDITORÍA EN SALUD.	INFORME	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
14	OE.6.				CONSOLIDAR INFORME DE AUDITORÍA DE CASOS SOLICITADOS SOBRE LAS AUDITORÍAS REALIZADAS (EVALUACIÓN DE CALIDAD DE REGISTROS DE HISTORIA CLÍNICA, AUDITORÍAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, AUDITORÍAS DE CASO RECOMENDACIONES, DIRIGIDAS A DIRECCIÓN EJECUTIVA.	INFORME	16	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1		
15	OE.6.				SOCIALIZAR EL INFORME FINAL, AL TÉRMINO DE LA AUDITORÍA DE CASOS SEGÚN CORRESPONDA, Y HACER SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES ESTABLECIDAS A LAS JEFATURAS DE SERVICIO QUE GUARDAN RELACIÓN CON LOS HECHOS QUE PROPICIARON LA SOLICITUD DE LA AUDITORÍA DE CASO.	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1		
16	OE.7.				MONITOREO PERIÓDICO DEL CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE LAS AUDITORÍAS REALIZADAS.	INFORME	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1		
ACTIVIDAD 0009. IMPLEMENTACIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD						INFORME															

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- **6.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE SUS MUESTRAS**

- El cálculo de las Auditorías de la Calidad de la Atención se realizó de acuerdo a un muestreo aleatorio simple, previa coordinación con el Comité de Auditoría en Salud. Con un total de 1,320 Historias Clínicas de los servicios de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, UCI anuales.

- El objetivo de estos criterios es garantizar que la auditoría cubra una representación adecuada de los diferentes aspectos de la atención en salud y refleje la calidad del servicio en su totalidad. Esto ayudará a identificar áreas de mejora específicas, implementar acciones correctivas oportunas y asegurar que el hospital cumpla con los estándares de calidad en beneficio de la salud de los pacientes. En resumen, los criterios de selección y las características de las muestras del **Plan Anual de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud - 2025** están diseñados para garantizar que se realice una evaluación exhaustiva y objetiva de la calidad de la atención en todos los servicios del Hospital San Juan de Lurigancho.

- **6.3.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE MUESTRAS:**

1. **RELEVANCIA DEL SERVICIO**: Se seleccionarán muestras de los servicios con mayor demanda o aquellos que presenten un mayor volumen de atención (por ejemplo, emergencia, cirugía, atención materno-infantil), ya que tienen un impacto directo en la calidad de la atención general del hospital.

2. **DIVERSIDAD DE CASOS**: Se elegirán muestras representativas de diversas patologías y grupos de pacientes (por ejemplo, pacientes adultos, pediátricos, mujeres embarazadas), asegurando que la auditoría abarque una amplia gama de situaciones clínicas y demográficas.

3. **CASOS DE ALTO RIESGO O COMPLEJIDAD**: Se dará prioridad a aquellos casos con alto riesgo de complicaciones o que involucren procedimientos médicos complejos (cirugías, tratamientos intensivos, etc.), ya que son críticos para la seguridad del paciente.

4. **CASOS DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS**: Se seleccionarán casos donde se pueda evaluar específicamente la adherencia a las **Guías de Práctica Clínica** y protocolos establecidos para asegurar que las decisiones clínicas se alineen con las mejores prácticas y la evidencia científica.

5. **INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS O ERRORES**: Se incluirán muestras de pacientes que hayan presentado eventos adversos o incidentes relacionados con la atención, con el fin de analizar las causas subyacentes y prevenir su recurrencia.

6. **VARIABILIDAD EN EL DESEMPEÑO**: Se seleccionarán muestras de servicios con variabilidad en los indicadores de calidad (por ejemplo, tiempos de espera, tasas de reingreso, resultados de satisfacción del paciente), para identificar áreas específicas que necesitan mejora.

7. **POBLACIÓN VULNERABLE**: Se priorizarán muestras que representen a poblaciones vulnerables, como personas con enfermedades crónicas, discapacidades, o de grupos socioeconómicos desfavorecidos, ya que estas poblaciones pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a atención de calidad.

- **6.3.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS:**

1. **REPRESENTATIVIDAD**: Las muestras seleccionadas deben ser representativas de la población atendida en el hospital, garantizando que los resultados de la auditoría sean generalizables y relevantes para todos los servicios y pacientes.

2. **DIVERSIDAD DE SERVICIOS**: Se incluirán muestras de diferentes áreas y especialidades médicas del hospital, de modo que la auditoría cubra tanto los servicios de atención primaria como los de especialidades y servicios de urgencia o emergencias.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

3. **DISTRIBUCIÓN TEMPORAL:** Se seleccionarán muestras que abarquen diferentes períodos de atención (por ejemplo, pacientes atendidos en diferentes turnos, días de la semana o meses del año), para asegurar que se evalúe la calidad a lo largo del tiempo y en diversas condiciones operativas.

4. **DIVERSIDAD EN TIPOS DE PROCEDIMIENTOS:** Las muestras incluirán tanto pacientes tratados con procedimientos diagnósticos y terapéuticos no invasivos como aquellos sometidos a intervenciones quirúrgicas, para evaluar diferentes aspectos de la atención médica.

5. **HOMOGENEIDAD EN LA DOCUMENTACIÓN:** Las muestras seleccionadas deben cumplir con los requisitos de documentación clínica adecuados y completos, asegurando que el proceso de auditoría se pueda realizar de manera efectiva y basada en evidencia.

VII. RESPONSABILIDADES:

Los Comités de Auditoría tienen como responsabilidad evaluar, supervisar, y mejorar los procesos asistenciales, velar por la seguridad del paciente, promover la formación continua del personal y garantizar el cumplimiento de las normativas legales y estándares de calidad. A través de sus acciones, contribuyen significativamente a la mejora continua de la atención en salud, asegurando una atención de calidad, segura y eficaz.

7.1. COMITÉS DE AUDITORÍAS:

7.1.1. COMITÉ DE AUDITORÍA MÉDICA (CAM):

- Es un equipo multidisciplinario conformado por profesionales médicos que cumplan con el perfil según norma, encargado de supervisar y evaluar la calidad de los servicios médicos prestados en la institución, con el fin de garantizar que se cumplan los estándares de atención establecidos. Su objetivo principal es asegurar que los procesos asistenciales sean realizados conforme a las normativas legales y profesionales, y promover la mejora continua en la calidad de la atención al paciente. A su vez, diseñan y evalúan el Plan Anual de Auditoría de la Institución, realizan auditorías de caso y auditorías programadas, entre otras actividades, en coordinación con la Unidad de Gestión de la Calidad.

- En fecha 20 de enero de 2025, se emitió la Resolución Directoral N.° 022 - 2025 - DE - HSJL / MINSA, que aprueba para el presente ejercicio 2025 el "Comité de Auditoría Médica del Hospital San Juan de Lurigancho"

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ÁREA
MC. Gladys Elsa Mendoza Suarez	**Presidente**	Responsable de la Unidad Funcional de Telesalud y Coordinación de Consultorios Externos
MC. Sofía Victoria Villegas Reyes	**Secretaria**	Jefe de la Unidad de Seguros
MC. Roxana del Pilar Ramos Marcos	**Vocal**	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
MC. Luis Alberto Tena Aguilar	**Vocal**	Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia

7.2.2. COMITÉ DE AUDITORÍA EN SALUD (CAS):

- Es un equipo multidisciplinario conformado por integrantes que pertenezcan a diversas áreas médicas y no médicas, encargado de supervisar y evaluar la calidad de la atención en salud en una institución, asegurándose de que los servicios prestados cumplan con los estándares establecidos por las normativas vigentes y las mejores prácticas en el ámbito sanitario, asimismo realizarán auditorías que ameriten conocimientos científicos y/o técnicos de diversas

especialidades, según normativa vigente. Este se encontrará en estrecha comunicación y coordinación con el comité de auditoría médica.

- En fecha 23 de enero de 2025, se emitió la Resolución Directoral N° 034 - 2025 - DE - HSJL / MINSA, que aprueba para el presente ejercicio 2025 el "Comité de Auditoría en Salud del Hospital San Juan de Lurigancho".

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO	ÁREA
MC. Cesar Augusto Barreto Mayuri	**Presidente**	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
MG. Rocio del Pilar Malqui Vilca	**Secretaria**	Departamento de Enfermería
MG. Nancy Gladys Aquino Yaringaño	Vocal	Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
Lic. Nubia Anai Romero Pardo	Vocal	Departamento de Apoyo al Tratamiento - Servicio de Nutrición
Lic. Obs. Fanny Vianeyde Rojas Hurtado	Vocal	Departamento de Gineco - Obstetricia - Servicio de Obstetricia

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- **VIII. ANEXOS:**
  - **ANEXO 1: FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EMERGENCIA**

FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA								
I. DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA								
Servicio auditado								
Auditoría de emergencia número								
Miembrois del comité auditor								
Asunto								
Fecha								
II. DATOS DE LA AUDITORÍA:								
Codificación del personal tratante								
Codificación de la historia clínica								
Diagnóstico:								
III.- OBSERVACIONES:								
A) ESTUDIO CLÍNICO:								
a)Filiación	Estandar/no aplica	2	Insuficiente	1	No existe	0		
b)Antecedentes contributorios	Estandar/no aplica	2	Insuficiente	1	No existe	0		
c) Antecedentes ocupacionales	Estandar/no aplica	1	Incompleto	0.5	No existe			
d) Enfermedad Actual	Estandar/no aplica	7	Incompleta	4	Incompletas y no concordante con el /los problemas de ingreso	2	No existe	0
e) Funciones Vitales	Estandar	2	Incompleta	1	No existe	0		
f) Examen Clínico	Estandar/No aplica	8	Incompleto	4	Incompletas y no concordante con el /los problemas de ingreso	2	No existe	0
g) Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		
SUB TOTAL 'A'		24						
B) DIAGNÓSTICOS:								
a) Presuntivo/s	Estandar/no aplica	5	Incompletos	3	No existe	0		
b) Definitivo/s	Estandar/no aplica	8	Incompleto	4	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0
c) Pronostico	Concordante con el diagnostico	4	No concordante con el	2	No existe	0		
SUB.TOTAL B'		17						
C) NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:								
a) Identificacion de problemas en evolucion	SI	4	No	2				
b) Examen clínico de evolucion	Estandar/ No aplica	4	Incompleto	2	Incompleto y no concordante	1	No existe	0
c) Examenes de laboratorio	Estandar/ No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	Excesivos	1	Insuficientes	0
d) Examenes radiologicos	Estandar/ No aplica	3	Suficientes y no oportunos	2	Excesivos	1	Insuficientes	0
e) Diagnosticos de evolucion	Estandar/ No aplica	2	Incompletos y no concordantes	1	No existe	0		
f) Plan de trabajo de evolucion	Estandar/ No aplica	2	Incompleto	1	No existe	0		
g) Interconsultas	Estandar/ No aplica	3	No oportunas	2	Excesivos	1	Insuficientes	0
SUB.TOTAL 'C'		21						
D) NOTAS DE ENFERMERIA								
a) Evoluciones de Enfermeria	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
b)Hoja de funciones vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
c) Hoja de balance hidrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB.TOTAL 'D'		6						
E) TRATAMIENTO:								
a) Tratamiento de soporte o sintomatico	Estandar/ No aplica	4	Insuficiente	1	Excesivos	1		
b) Etiologico	Estandar/ No aplica	8	Insuficiente	1	Excesivos	2	No existe	0
SUB.TOTAL 'E'		12						
F) EVOLUCION Y COMPLICACIONES								
a) Evoluciones de Enfermeria	Estandar/ No aplica	6	Desfavorable esperada	3	Desfavorable no esperada	0		
b) Complicaciones	Estandar/ No aplica	6	Impredecibles	3	Evitables	0		
c) Estancia	Estandar/ No aplica	1	Insuficiente	0.5	Prolongada	0		
d) Especifica indicaciones del alta	Estandar/ No aplica	1	Incompletas	0.5	No existe	0		
SUB.TOTAL 'F'		8						
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA								
a) Pulcritud	Estandar/ No aplica	1	No	0				
b)Registro de la hora de taencion	Estandar/ No aplica	1	No	0				
c) Letra legible	Estandar/ No aplica	1	No	0				
d) Sello y firma del medico	Estandar/ No aplica	2	Solo alguno	1	No existe	0		
SUB TOTAL 'G'		5						
TOTAL		87						
CALIFICACION: 100								
ACEPTABLE				IGUAL O MAYOR DE 80				
POR MEJORAR				MENOR DE 80				
NO CONFORMIDADES								
VI.- CONCLUSIONES:								
VII.- RECOMENDACIONES:								
VIII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO, EN CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES:								
IX.- FECHA LIMITE PARA LA APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:								
VIII.- FECHA LIMITE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:								

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 2: FICHA DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE HOSPITALIZACION

FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN								
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA								
SERVICIO AUDITADO:								
AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN:								
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:								
ASUNTO:								
FECHA:								
II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:								
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:								
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:								
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:								
DIAGNÓSTICO:								
III.- OBSERVACIONES:								
A) ESTUDIO CLÍNICO:								
NOTA: EN CASO DEL QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARÁ EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO								
a)Filiación	Estándar/NO aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0		
b)Antecedentes personales no patológicos	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
c)Antecedentes personales patológicos	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/NO aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0		
e)Antecedentes ocupacionales	Estándar/NO aplicable	1	No existe	0				
f)Enfermedad Actual	Completa y concordante con los problemas de ingreso	5	Incompletas	3	Incompletas y no concordante con el/los problemas de ingreso	2	No existe	0
g)Examen Clínico	Completa y concordante con la enfermedad actual	6	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual	2	No existe	0
h)Nota de Ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0		
i)Plan de Trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		
SUB TOTAL "A"		24						
B) DIAGNÓSTICOS:								
a)Presuntivo/s	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0		
b)Definitivo/s	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0
c)Uso del Código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0				
SUB TOTAL "B"		15						
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS								
a)Notas de Evolución	Completas	5	Incompletas	3	No existe	0		
b)Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	Completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0
c)Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	Completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0
d)Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunas	2	Excesivas	1	Insuficientes	0
SUB TOTAL "C"		17						
D) NOTAS DE ENFERMERÍA								
a) Evolucion de enfermeria	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
b) Hoja d funciones vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
c) Hoja de balance hidrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB TOTAL "D"		6						
E) TRATAMIENTO								
a) De soporte o sintomatico	Estándar/No aplicable	6	Insuficiente	4	Excesivos	2	No existe	0
b) Eliologico	Estándar/No aplicable	10	Insuficiente	5	Excesivos	3	No existe	0
SUB TOTAL "E"		16						
F) EVOLUCION Y COMPLICACIONES								
a) Evolucion	Estándar/No aplicable	6	Desfavorable	2.5	Desfavorable no esperada	0		
b) Complicaciones	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	2	Evitables	0		
c) Estancia	Adecuada	3	Insuficiente	1	Prolongadas	0		
d) Alta	Estándar/No aplicable	2	No oportunas	1	No existe	0		
e) Especifica indicacion de alta	Estándar/No aplicable	2	Incompletas	1	No existe	0		
SUB TOTAL "F"		17						

Jefe de la Unidad de Gestion de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

C) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA							
a) Registra consentimiento informado	Si	1.5	No	0			
b) Pulcritud	Estándar/No aplicable	1	No	0			
c) Registro de la hoja de atención	Estándar/No aplicable	1	No	0			
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0.5	Nunca	0	
e) Registra medico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0			
f) Sello y firma del medico	Estándar/No aplicable	3	Sola firma	1	No existe	0	
SUB TOTAL "F"		8.5					
TOTAL							103.5
CALIFICACION							
ACEPTABLE	IGUAL O MAYOR DE 89						
POR MEJORAR	MENOS DE 89						
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:							
Ausencia de firma y sello del médico tratante							
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X							
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa.							
Otras:							
V.- INCONFORMIDADES MENORES:							
No consigna hora de atención.							
No señala cantidad de medicación prescrita:							
Otras:							
VI.- CONCLUSIONES:							
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:							
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:							

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
VºBº
Hospital San Juan de Lurigancho

ANEXO 3: FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO

FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO									
I. DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA									
SERVICIO AUDITADO:									
AUDITORIA DEL PACIENTE FALLECIDO									
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR									
ASUNTO:									
FECHA:									
II.- DATOS DE LA AUDITORIA:									
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA									
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:									
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:									
DIAGNÓSTICO									
III.- OBSERVACIONES:									
A) ESTUDIO CLÍNICO									
a)Filiación	Estándar/No aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0			
b)Antecedentes personales no patológicos.	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
c)Antecedentes personales patologicos	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
d)Antecedentes epidemiológicos.	Estándar/No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
d)Antecedentes ocupacionales.	Estándar/No aplicable	1	No existe	0					
f)Enfermedad Actual	Completa y concordante con los problemas de ingreso.	5	Incompletas	3	Incompletos y no concordante con ellos problemas de ingreso.	1	No existe	0	
g)Exámen Clínico	Completa y concordante con la enfermedad actual.	5	Incompleto	3	Incompletos y no concordante con la enfermedad	1	No existe	0	
h)Nota de ingreso	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0			
i)Plan de trabajo	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0			
j)Epicrisis	Completa	2	Incompletas	1	No existe	0			
SUB TOTAL "A"									25
B) DIAGNÓSTICO									
a)Presuntivo/s	Estándar/No aplicable	5	Incompletos	3	No existe	0			
b)Definitivo/s	Estándar/No aplicable	8	Incompletos	5	Incompletos y no oportunos	2	No existe	0	
c)Diagnóstico de codificado de defunción	Adecuado y concordante con el diag. Definitivo	4	No concordante con el diag.	2	Inadecuado	1	No existe	0	
d)Necropsia	Si	3	No	0					
E)Uso del código CIE "X"	Estándar/No aplicable	2	No	0					
SUB TOTAL "B"									22
C) NOTAS DE EVALUACIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS									
a)Notas de evaluación	Completas	4	Incompletas	2	No existe	0			
b)Informe de defunción	Suficiente y concordante con el certificado de defunción	2	Insuficiente y no concordante	1	No existe	0			
c)Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0	
d)Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4	completos y no oportunos	2	Excesivos	1	Incompletos	0	
e)Interconsultas	Estándar/No aplicable	4	No oportunos	2	Excesivos	1	Insuficientes	0	
SUB TOTAL "C"									18
D) NOTAS DE ENFERMERÍA									
a)Evoluciones de enfermería	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
b)Hoja de funciones vitales	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
c)Hoja de balance hídrico	Completas	2	Incompletas	1	No existe	0			
SUB TOTAL "D"									6
E) TRATAMIENTO									
a)De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	6	Insuficiente	3	Excesivos	2	No existe	0	
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	9	Insuficiente	5	Excesivos	3	No existe	0	
SUB TOTAL "E"									18
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES									
a)Evolución:	Estándar/No aplicable	5	Desfavorable esperada	3	Desfavorable no esperada	0			
b)Complicaciones:	Estándar/No aplicable	5	Impredecibles	3	Evitables	0			
c)Estancia	Adecuada	4	Prolongada	0					
SUB TOTAL "F"									16

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA									
a)Registra Consentimiento informado	Si	1.5	No	0					
b)Pulcritud:	Estándar/No aplicable	1	No	0					
c)Registro de la hora de Atención	Estándar/No aplicable	1	No	0					
d)Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0.5	Nunca	0			
e)Registra médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0					
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Sólo alguno	1	No existe	0			
SUB TOTAL "G"									
TOTAL									8.5
CALIFICACIÓN:									
ACEPTABLE:	17.5								
POR MEJORAR									
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:									
Ausencia de firma y sello del médico tratante									
No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE X									
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa									
Otras:									
V.- INCONFORMIDADES MENORES:									
No consigna hora de atención									
No señala cantidad de medicación prescrita:									
Otras:									
VI.- CONCLUSIONES:									
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:									
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:									

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 4: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

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					
Nombres y apellidos del paciente					
Tipo y número de Seguro					
Lugar y fecha de nacimiento					
Edad					
Sexo					
Domicilio actual					
Lugar de Procedencia					
Documento de identificación					
Estado Civil					
Grado de instrucción					
Ocupación					
Religión					
Teléfono					
Acompañante					
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable					
SUBTOTAL					
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención					
Motivo de la consulta					
Tiempo de enfermedad					
Relato cronológico					
Funciones Biológicas					
Antecedentes					
SUBTOTAL					
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.					
Peso, Talla					
Estado general, aseo de cabeza, estado de cuello, estado de tórax, abdomen y anexos.					
Examen Clínico Regional					
SUBTOTAL					
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente					
b) Definitivo coherente					
c) Uso del CIE 10					
SUBTOTAL					
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)					
Referencias a otros establecimientos de salud.					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.					
Fecha de próxima cita.					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales coherentes y coherentes.					
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con denominación Común Internacional (DCI)					
Consigna prescripción					
Dosis del medicamento					
Vía de administración					
Frecuencia del medicamento					
Duración del tratamiento					
SUBTOTAL					
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA					
Se ajusta con Formatos de Atención Integral por etapas de vida (Niños / Niñas / Adolescentes)					
Pulcritud					
Letra legible					
No uso de abreviaturas					
Sello y firma del médico tratante					
SUBTOTAL					
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN					
TOTAL					
CALIFICACIÓN SEGÚN PUNTUACIÓN					
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%				
POR MEJORAR	ENTRE 76 A 89 %				
DEFICIENTE	MENOS 75%				
III.- NO CONFORMIDADES					
IV.- CONCLUSIONES					
V.- RECOMENDACIONES					

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 05: MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (AUDITORÍA PROGRAMADA)

(Auditoria Programada)

Auditoria 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.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 06: MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (AUDITORÍA DE CASO)

Auditoría N° - -201...

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

1. **ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, del juez o autoridad competente).
3. **TIPO DE AUDITORÍA:** Auditoría de Caso.
4. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada al paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx
5. **METODOLOGÍA:** La metodología recomendada por la presente norma es:
   - Reconstrucción documentada de los hechos.
   - Análisis de la información disponible.
   - Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario).
   - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud identificando los hallazgos.
   - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (Eventos adversos graves).
6. **INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
7. **HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustenta el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.

   Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:
   - *Sumilla.*
   - *Condición.*
   - *Criterio.*

   Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.

   Al término del desarrollo de cada *hallazgo*, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.
8. **CONCLUSIONES:** Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. **ANEXOS:** Se consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13. de la presente NTS.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 07: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

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	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°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	15	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					

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 08: INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

PULCRITUD	Completo: La Historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.
LEGIBILIDAD	Completo: Letra legible y clara en la historia clínica No existe: No se cumple con el estándar.
NO USO DE ABREVIATURAS	Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención Incompleta: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.
EVOLUCIÓN	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya realizado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a intercurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso.
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	
CONCLUSIÓN	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

- ANEXO 09: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 10: INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

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 DE ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
FILIACION	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y Nº Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de Instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°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		
ESPECIFICA 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		

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

- 11: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

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 Nº Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
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	
SUBTOTAL	10				

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

EXAMEN CLINICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso , Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
DIAGNOSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente y concordante.	6	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	6	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes					
SUBTOTAL					
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE EVOLUCION	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°B°

REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de Interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica	0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA
Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				

CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIONES

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

ANEXO 12: INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de ellos auditores
NUMERO 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 HOSPITALIZACIÓN	Fecha de la atención
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Se registra en la historia clínica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 16 en la ficha de hospitalización. No existe: No se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Completo: Se registran los signos y síntomas principales, que caracterizan la enfermedad actual. No existe: no se registran ellos datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta No existe: No se registra el dato.
FORMA DE INICIO	Completo: Se registra la forma de inicio de la enfermedad (brusco, insidioso). No existe: No se registra en la historia clínica.
CURSO DE LA ENFERMEDAD	Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clínica.
RELATO CRONOLOGICO	Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y síntomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y síntomas n que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el relato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones. Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.
ANTECEDENTES	Completo: Se registran los antecedentes positivos y negativos: personales generales, hábitos nocivos, inmunizaciones, alergias, antecedentes personales fisiológicos, antecedentes obstétricos en sexo femenino, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares. Incompleto: Se registran de manera parcial los antecedentes. No existe: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), (la PA en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra en forma incompleta.
PESO, TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables.
	No existe: No se registran los datos o se registran de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO GENERAL	Completo: Se registran este dato estado de gravedad, facies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis.
	No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total.
	Incompleto: se registran en forma parcial.
	No existen: No se registran
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. No existe: No se registra

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

- ANEXO 13: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
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 Nº SEGURO, REGISTRO.	2	0	
Nº HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
Nº DE CAMA	2	0	
SUBTOTAL	14		
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		
SUBTOTAL	61		
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		
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad Hospital San Juan de Lurigancho V°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		
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.- CONCLUSIÓN			
V.- RECOMENDACIONES			

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 14: FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 11		
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

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

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 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.

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

CONCLUSIÓN

OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS

RECOMENDACIONES

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

DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE ODONTOLOGÍA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ			
NUMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II.- OBSERVACIONES			
A) ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN			
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	
Sub Total	14		
ANTECEDENTES	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
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	
Sub Total	7		
ENFERMEDAD ACTUAL	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ODONTOLOGÍA

Relato anatómico	5	0	
Funciones biológicas	1	0	
Sub Total	10		
B) EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Estado General	1	0	
Signos Vitales	1	0	
Examen extraoral	4	0	
Examen intraoral	5	0	
Ficha odontológica	4	0	
Riesgo estomatológico	4	0	
Sub Total	20		
C) PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo (incluye imágenes)	5	0	
Sub Total	5		
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes auxiliares	5	0	NA
Interconsultas	3	0	NA
Sub Total	8		
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		
J) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
Sub Total	2		

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

K)- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Plenitud	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		
CALIFICACION			
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			

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- ANEXO 16: FORMATO DE INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCION DE ODONTOLOGÍA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICOS DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia clínica
CIE 10	
A) ANAMNESIS	
FILIACIÓN	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 5 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) EXAMEN CLÍNICO	Conforme: Consta de 5 ítems, los cuales deben ser registrados en su totalidad: estado general, signos vitales, examen extraoral, examen intraoral, ficha odontológica y riesgo estomatológico. No conforme: No se registran los datos
C) PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO	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
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	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.
E) DIAGNÓSTICO	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
F) APRECIACIÓN DEL CASO	Consta de 1 ítem, en donde se contemplará el pronóstico
G) TRATAMIENTO	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).

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
Hospital San Juan de Lurigancho
V°B°

H) CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Conforme: Consta de 2 ítems, los cuales deben ser llenados por el paciente previa información solicitada por parte del profesional, cuando corresponda. No conforme: No se encuentra adjunto el consentimiento informado llenado por el paciente o su representante legal en caso de corresponder
I) INDICACIÓN DE ALTA BASICA ODONTOLÓGICA	Consta de 2 ítems, los cuales deben ser considerados en su totalidad. Comprende: nombre del profesional y fecha del alta basica odontológica.
J) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	Consta de 6 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: pulcitud, registro de fecha y hora de atención, registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término de mismo, registra apellidos y nombres, y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica, letra legible y sello y firma del cirujano dentista
CALIFICACIÓN TOTAL	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 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	
CONCLUSIÓN	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho

- **IX. BIBLIOGRAFÍA**

- **Ministerio de Salud [internet]**. Lima, Perú: MINSA. **[citado el 08 de enero de 2024].** Disponible en: https://www.gob.pe/minsa

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
V°B°
Hospital San Juan de Lurigancho