Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

Lima - Perú
2005
NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

2005

Lima - Perú

AUDITORIA ADMINISTRATIVA, normas / AUDITORIA MEDICA, normas / CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD / NORMAS BASICAS DE ATENCION A LA SALUD / PROMOCION DE LA SALUD / PERU

ISBN 9972-851-18-4

Hecho el Depósito Legal No. 2005-4939

© Copyright 2005
1,000 unidades

Ministerio de Salud
Av. Salaverry Nº 801 - Jesús María, Lima - Perú
Teléfono: (51-1) 315-6600
http://www.minsa.gob.pe
webmaster@minsagob.pe

Impreso en los talleres de
ERBA GRÁFICA S.A.C.
Ruji Porras Barreneches Nº 1950, Chacra Ricos Sur, Lima - 1
E-mail: erbagrafica@yahoo.com
Dr. Alejandro Toledo Manrique
Presidente de la República

Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

Dr. José Carlos Del Carmen Sara
Vice-Ministro de Salud

Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Director General de Salud de las Personas

Dra. Isabel Cristina Chaw Ortega
Directora Ejecutiva de Calidad en Salud
AGRADECIMIENTO

El Ministerio de Salud desea expresar su reconocimiento a los profesionales de las diferentes instituciones del Sector Salud y otros, por sus valiosos aportes y contribución al diseño de la propuesta de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

Aguilar Quintana, Emilio Nestor
Almonacid Estrella, Zoila Rosa
Alvarado Delgado, Lucía
Alza Zegara, Elena
Amoretti Alviño, Pedro Miguel
Ausejo Gutierrez, Bernardo E.
Balcázar Briceño, Cesar A
Bedoya Velasco, Cecilia
Bocanegra Tapia, Alicia
Borja Hermani, Ana del Pilar
Cáceres Aucaylla, Jorge
Campbell Leóncarthy, Andrés
Cano Montoya, Leirí Guadalupe
Cerna Figueroa, Juan
Chaw Ortega, Isabel Cristina
Christiansen B., Hernán
Cordero Valera, Jorge
Cuadros Talatino, Marco Antonio
Cuenca Alfaro, José
De la Cruz Ch., Nancy
Delgado Burga, Mariela
Espíritu Salazar, Nora
Flores García, Fresia
Frentas Alvarado, Enrique
Garay Uribe, José
García Corcuera, Luis
Gavilano Buleje, Delfín Diodoro
Guadía Aguirre, Nydia
Guillén Cárdenas Iván
Herrera Quevedo, Manuel
Juila Quispe, Rubén
Junes Rengifo, Martín
Legua García, Luis
Lobón Ramos, Irma
Lopez Dávalos, César
Lugo Olivos, Luz

Hospital Sergio Bernales
Dirección de Salud V Lima Ciudad
Dirección de Sanidad FAP
Hospital María Auxiliadora
Instituto Especializado de Salud del Niño
 Municipalidad Metropolitana de Lima
Hospital Casimiro Ulloa
PRONAHEBAS
Hospital Sergio Bernales
Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud - DGSP
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud
Clínica Angloamericana
Hospital San José
Clínica San Borja
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud - MINSA
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud - DGSP
Hosp. Rezola-Cañete
Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas
Ministerio Público – Instituto de Medicina Legal
PRONAHEBAS
Hospital Dos de Mayo
Colegio de Obstetricias
Entidad Prestadora de Salud Rimac
Auditor Médico
EsSalud - Oficina de Garantía de la Calidad
Hospital Militar
Clínica Ricardo Palma
Auditor Médico
Hospital Nacional Daniel A. Carrión
Jefe de Auditoría Médica – HNGAI - EsSalud
Dirección de Sanidad FAP
Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud - DGSP
DIRSAL-Dirección de Sanidad Policial
Entidad Prestadora de Salud - Pacifico
Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud -DGSP
Llianos Zavallaga, Fernando  
Merec Longa, Guido  
Moya Grande, Jaime  
Navarro Geres, Miguel  
Palacios Enríquez, Alida  
Patrón Figari, Alejandro  
Píña Perez, Alíndor  
Piscoya Arriñil, José  
Ravelo Chumioque, Walter  
Rojas Ingante, Armando  
Ruíz Pighi, Vílsero Antonio  
Selas Suárez, Juan Carlos  
Sevillano Micales, Luis  
Solís Camarena, Nileia  
Tino Vargas, César  
Vásquez Perdomo, Rene  
Vicuña Cañeron, Marcial Alberto  
Villalobos Arellano, Javier E.  
Villalva Severino, Carmen  

Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud  
Seguro integral de Salud  
Consultor DGSP  
Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud – MINSA  
Laboratorios MEDLAB  
Hospital Nacional Hipólito Unánue  
Colegio Médico del Perú / Sociedad Peruana de Auditoría Médica  
Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria - DGSP  
Asociación de Clínicas Privadas  
Dirección de Sanidad FAP  
Sociedad Peruana de Auditoría en Salud  
Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud – MINSA  
Colegio de Enfermeros del Perú  
Hospital Rezola – Cafete  
Hospital Nacional Dos de Mayo  
Centro Médico Naval “Santiago Távara”  
EsSalud – Gerencia de División de Prestaciones  
Dirección de Salud IV Lima Este  

APORTES Y SUGERENCIAS AL DOCUMENTO

I. Sociedad Peruana de Auditoría Médica  
II. Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
III. Hospital Nacional Docente Majú – Niño “San Bartolomé”  
IV. Salud de la Policía Nacional del Perú  
V. Hospital Nacional Dos de Mayo  
VI. Secretaría de Coordinación Consejo Nacional de Salud  
VII. EsSalud  
VIII. Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria – DGSP/MINSA  
IX. Oficina General de Asesoría Jurídica  
X. Oficina General de Planeamiento Estratégico  
XI. Inspectoría General  
XII. Asesores Despacho Ministerial  

Revisado Por:  
Dra. Isabel Chávez Ortega  
Dr. Luis Leguía García  
Lic. Ana Borja Hernani  

Lima - Perú
Resolución Ministerial

Visto el Expediente R-030857-05.

CONSIDERANDO:

1. Que el Ministerio de Salud tiene como misión proteger la dignidad de la persona y promover la salud bajo los principios de solidaridad, integralidad, equidad y calidad;

2. Que, en el marco de los Lineamientos de Política de Salud, mediante Resolución Ministerial Nº 768-2001-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece el concepto, principios, políticas, objetivos y estrategias que orientan los esfuerzos por alcanzar la calidad en salud;

3. Que, de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 50° y 53° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 014-2002-SA, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, tiene a cargo el diseño y conducción del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; así como establecer las normas de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, a nivel nacional;

4. Que, el ejercicio de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud se desarrolla bajo la autoridad normativa y funcional de la Dirección General de Salud de las Personas, a través de su Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, la que debe establecer los lineamientos, disposiciones y procedimientos técnicos correspondientes a su proceso, en función de la naturaleza y/o especialización de los respectivos establecimientos de salud; debiendo organizarse en forma descentralizada y permanente, promoviendo su ejercicio con la mayor independencia técnica;
Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con las visaciones de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Oficina General de Planeamiento Estratégico;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, Decreto Supremo Nº 014-2002-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT Nº029 -MINSA/DGSP-V. 01, que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de su Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, es responsable de la difusión y cumplimiento de la norma técnica que se aprueba conforme al artículo anterior.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud, las Direcciones de los Institutos Especializados y las Direcciones de los Hospitales y demás instituciones de salud, según corresponda a nivel nacional, dispondrán las medidas técnico-administrativas para el conocimiento, implementación y cumplimiento de la norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud aprobada por la presente resolución.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones, publique el contenido de la norma técnica que se aprueba mediante la presente Resolución, en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

[Signature]

Pilar MAZZETTI SOLÉR
Ministra de Salud
## ÍNDICE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Capítulo</th>
<th>Pág.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INTRODUCCIÓN</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>I. FINALIDAD</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>II. OBJETIVO</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>III. BASE LEGAL</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>IV. AMBITO DE APLICACIÓN</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>V. DEFINICIONES</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>VI. DISPOSICIONES GENERALES</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>VII. APLICACIÓN</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>IX. DISPOSICIONES FINALES</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>X. ANEXO</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Anexo N° 1 Modelo de Informe de Auditoría de Caso</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Anexo N° 2 Modelo de Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Anexo N° 3 Instrumento para realizar la Auditoría de Procesos</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Anexo N° 4 Fichas e Instructivos referenciales para la realización de Auditorías</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>
INTRODUCCION

En los últimos años en el país han sucedido hechos que afectaron la integridad de casi todas las instituciones, han afectado en igual medida la estructura, las funciones y la capacidad de respuesta del Sector Salud a las necesidades de la población. Se presenta ante ello, la oportunidad de analizar esta situación en el país por su magnitud y profundidad, a través de la observación de la conducción del proceso de atención de la salud de las personas para que por medio de ello, reconfigurar un nuevo modelo para la conducción y organización de los distintos procesos para la resolución de problemas de salud.

La propuesta de Auditoría en Salud parte del supuesto que sin una evaluación permanente del “qué se hace?” y el cómo se hace? junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando; estos procesos no podrán ser conocidos y menos aún mejorados.

De allí que el proyecto de Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud tenga como objetivos finales: buscar la mayor eficiencia en todo orden de cosas, mejorar la calidad de las prestaciones, maximizar el rendimiento de la atención de salud y capacitar a los prestadores de los ejercicios para que realicen sus labores de acuerdo a las normas establecidas para las organizaciones encargadas del cuidado de la salud.

El ejercicio de Auditoría en Salud se efectuará en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en los establecimientos del Ministerio de Salud, se desarrolla bajo la autoridad normativa y funcional de la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) por intermedio de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud (DECS) quien debe establecer las lineamientos, disposiciones y procedimientos técnicos correspondientes a su proceso en función a la naturaleza y/o especialización de dichos establecimientos.

De acuerdo a lo expuesto, corresponde a la DECS organizar y desarrollar la Auditoría de Salud en forma descentralizada y permanente, promoviendo su ejercicio con la mayor independencia técnica evitando las incorrecciones derivadas del mal empleo de las normas que sirven de parámetros al auditor o como consecuencia de malas interpretaciones de los procedimientos.

De esta forma se espera contar con un proceso que de manera técnica logre cautelar el derecho del paciente–expresado en la Ley General de Salud–de exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan con los estándares de calidad aceptados para los procedimientos y prácticas institucionales y/o profesionales.
NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

NT N° 029- MINSA/DGSP-V.01

I. FINALIDAD

Fortalecer la función gerencial de control interno institucional a fin de promover la calidad, la mejora continua en las prestaciones de los servicios de salud.

II. OBJETIVO

Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

III. BASE LEGAL

3.1 Ley N° 26842, “Ley General de Salud”
3.2 Ley N° 27657, “Ley del Ministerio de Salud”
3.3 D.S. 014-2002-SA, “Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud”
3.4 Ley N° 27811, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”
3.5 Ley N° 27667, “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales”
3.6 Ley N° 27615, “Ley del Código de Ética de la Función Pública”
3.10 Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806, “Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.”

IV. AMBITO DE APLICACION

La presente Norma Técnica es de aplicación en el ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del Sector Salud.

V. DEFINICIONES

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

5.2 Auditoría de Caso.- Es aquella que por su implicancia en las políticas de reorganización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativas administrativas del establecimiento de salud. La participación de los integrantes en este tipo de auditoria se
fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos, y en el consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional. Puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. El resultado final de la Auditoría de Caso se emite en un Informe denominado “Informe de Auditoría de Caso”.

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

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

5.5 **Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.** - Equipo encargado de llevar a cabo las auditorías y esta integrado por profesionales de la salud quienes cumplen con el perfil de auditor.

5.6 **Jefe del Comité Auditor de la Calidad de Atención en Salud.** - Profesional de la Salud, médico o en caso de no existir personal de otras profesiones afines, responsable principal del Comité de Auditoría.

5.7 **Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.** - Profesional de la salud, médico; en caso de no existir personal de otras profesiones afines, responsable de la planificación, organización, ejecución, supervisión, evaluación y monitoreo del trabajo de auditoría de la calidad de atención en salud de la organización, y que forma parte del equipo de la Oficina de Calidad.

5.8 **Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial.** - Verificación serioa o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.

5.9 **Auditoría de Oficio.** - Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedeciendo al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos como:
- Fallecimientos con problema diagnóstico o s/th diagnóstico definitivo
- Repercusiones
- Hospitализaciones prolongadas
- Tasas de infecciones intrahospitalarias/ de mortalidad materna-perinatal.
- Reingresos
- Reconsultas.
- Complicaciones anestésicas
- Complicaciones quirúrgicas
- Costos
- Tiempos de espera.
- Quejas/ Reclamos.
- Otros procesos y procedimientos que se consideren pertinentes.

Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
5.10 **Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**, es el documento en el cual se comunican al Director del Establecimiento o a quien corresponda los resultados de las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud de acuerdo al modelo incluido en el Anexo N° 2 de la presente norma.

5.11 **Informe de Auditoría de casos**, es el documento que contiene los resultados de la Auditoría realizada, mediante el cual se comunican los resultados de la Auditoría realizada al Director del Establecimiento, el cual tiene la estructura incluida en el Anexo N° 1 de la presente norma.

5.12 **Auditoría Interna**.- Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.

5.13 **Auditoría Externa**.- La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular.

5.13 **Sumilla**.- Título que utiliza el hecho observado.

5.14 **Condiciones**.- Descripción de la situación irregular o deficiencia hallada, cuyo grado de desviación debe ser evidenciado.

5.15 **Criterio**.- Norma de carácter general o específico que regula el accionar de la entidad auditada.

5.16 **Causa**.- Razón fundamental por la cual ocurrió la condición, o el motivo por el que no se cumplió el criterio o norma.

5.16.1 **Efecto**.- Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa, que ocasiona el evento o hecho.

5.17 **Observaciones**.- Refierta a hechos o circunstancias significativos identificados durante la auditoría y que pueden motivar oportunidades de mejora.

5.18 **Conclusión**.- Juicios de carácter profesional basados en los hechos resultantes de la evaluación realizada.

5.19 **Recomendaciones**.- Constituyen las propuestas o sugerencias, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones que han sido evaluadas en relación a las prestaciones asistenciales.

5.20 **Papeles de Trabajo**.- Registan el planeamiento, naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría aplicados por el auditor; los resultados y conclusiones extrapiladas de la evidencia obtenida. Se utilizan para controlar el progreso del trabajo y proveer evidencia del trabajo realizado para respaldar la opinión del auditor.

**VI. DISPOSICIONES GENERALES**

6.1 **Principios**

Son principios aplicables al campo de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, los siguientes:
6.2 Organización

6.2.1 En las organizaciones de Salud que cuenten con una Oficina de Calidad o la que haga sus veces, el/los Comité/s de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, se constituye/n en uno de sus componentes.

6.2.2 El establecimiento contará con un Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, quien designará el/los miembro/s del/ los Comité/s, según la complejidad de la organización de salud.

6.2.3 Asimismo, se podrá requerir el apoyo temporal de profesionales y/o especialistas de otras áreas dentro de una misma organización, para la cual la instancia correspondiente dará las facilidades necesarias para asegurar la participación del/los convocado/s. De ser pertinente, los resultados de sus labores se incluirán en el informe o como anexos al mismo.

6.2.4 El Coordinador y los integrantes del/ los Comité/s de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, deben reunir los requisitos establecidos en la presente norma.

6.2.5 El perfil establecido para el coordinador y el auditor de la calidad de atención en salud, será el siguiente:

- Título profesional universitario, colegiado, habilitado para el ejercicio de la profesión por su Colegio correspondiente; con experiencia profesional, la misma que será para el Coordinador y Jefes o encargados principales de por lo menos cinco (5) años para las organizaciones de Nivel III, de más de tres (3) para Nivel II, y de más de dos (2) para Nivel I. Para los miembros de los comités será como mínimo de: tres (3) años para las organizaciones de Nivel III, de dos (2) para Nivel II; y de uno (1) para Nivel I.
- No tener antecedentes de sanción por algún proceso médico-administrativo o médico legal, en los que se haya evidenciado conducta dolosa.
- Acreditar haber realizado cursos de capacitación en Auditor/a de la Calidad en Salud Médica, Administración de Servicios de Salud o Salud Pública, con un mínimo de 60 hrs académicas.
- Tener experiencia en Auditoría, la misma que será de más de dos (2) años para las organizaciones de Nivel III, de más de un año (1) para los Niveles I y II.
- Acreditar entrenamiento técnico permanente referido al ejercicio de la Auditoría.
6.2.6 El Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, para el ejercicio de sus funciones debe contar con una organización interna, teniendo funcionalmente la siguiente estructura:

- **Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.**
  El que preside el Comité. De preferencia se tratará de personal nombrado.

- **Secretario/a de Actas.**
  Profesional de la salud nombrado por el presidente. Es quien deberá tener el mayor número de horas programadas.

- **Vocales**
  Que pueden ser de carácter permanente o transitorio de acuerdo a las necesidades. Serán, los Jefes de Departamento y/o Servicio involucrados en la atención del paciente, así como los Médicos que se consideren pertinentes, teniendo en cuenta que no sean los involucrados en el caso investigado, todos ellos con derecho a voz y voto.

El tiempo promedio que deberán dedicar a la Auditoría según las necesidades por lo menos deberá ser de:
- 2 horas semanales para Hospitales de Nivel: I.
- 4 horas semanales para Hospitales de Nivel: II, III.

6.3 **Actividades**

**Del Director del Establecimiento de Salud.**

- **Aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.**
- **Coordinar con la Oficina de Calidad, para la designación mediante Resolución Directoral de un Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, quien ejercerá sus funciones de preferencia a tiempo completo.**
- **Proporcionar los recursos adecuados al Comité.**
- **Establecer las comunicaciones necesarias para la realización y seguimiento de la información necesaria para la realización de las auditorías de calidad de atención en salud.**
- **Evaluar la calidad y contenido del Informe de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud así como también lo correspondiente a los Informes de Auditorías de casos, en especial lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas.**
- **Difusión de las recomendaciones, si corresponde.**

**Del Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.**

- **Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades, el mismo que será presentado a la Dirección de la Organización de Salud y/o Establecimiento de Salud para su conocimiento y aprobación y difusión.**
- **Proponer el número y la conformación de comités por servicios de acuerdo a la complejidad del establecimiento, y serán presididos por un Jefe o Encargado Principal; designación que recuerda en el profesional de salud de mayor jerarquía, siempre y cuando no se encuadre comprendido en la evaluación.**

**Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**
Manejar, organizar, evaluar y supervisar las auditorías programadas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud o las que se generan a solicitud de parte, según corresponda.

- Analizar la calidad y contenido del Reporte/Informe de Auditoría de casos, en especial las referidas a las conclusiones y recomendaciones emitidas, informando al Jefe de la Oficina de Calidad cuando el caso así lo requiera.
- Elevar el Reporte/ó Informe de Auditoría según corresponda al responsable de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces.
- Ejecutar las auditorías que por sus características requieran su participación.
- Elaborar el informe de las acciones de evaluación y supervisión ejecutadas.
- Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención, como en las Auditorías de Casos.

Del Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del servicio o área de su responsabilidad, el mismo que será presentado al Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención o quien haga sus veces, para su conocimiento y aprobación.
- Proporcionar a los miembros que integran el comité del servicio, área, o microred, según corresponda.
- Organizar, ejecutar, evaluar y supervisar las auditorías contsingas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud del servicio/Establecimiento de Salud, o las que se generan a solicitud de parte, según corresponda.
- Verificar la calidad y contenido del Reporte/Informe de Auditoría, en especial lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas.
- Especializar al Coordinador de Auditoría el Reporte/Informe de Auditoría, que el Jefe de la Calidad de Atención en Salud, según corresponda.
- Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas.

De los integrantes de los Equipos de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud.

- Participar en la elaboración del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud de la Institución servicio o área de su responsabilidad, según corresponda.
- Participar en el planeamiento, organización, ejecución de las auditorías contenidas en el Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud o las que se generan a solicitud de parte, según corresponda.
- Verificar la conformidad y veracidad de los documentos que sustenten las conclusiones y recomendaciones.
- Elaborar y presentar el Reporte/Informe de auditoría, según corresponda.

6.4 Proceso de la Auditoría - Etapas:

6.4.1 Planeamiento:

Las auditorías de la calidad de atención en salud programadas contarán por lo menos con un 70% de los recursos de tiempo y de personal para su realización, con la finalidad de evaluar los procesos de atención, el cumplimiento de las normas y procedimientos de la organización, así como identificar y prevenir los riesgos asistenciales y administrativos. El 30% restante será destinado a las auditorías de caso según se requiera.
La etapa de planeamiento comprende:

- Obtener información sobre auditorías anteriores.
- Obtener información general sobre la materia: organización, funciones, normas, planes, programas.
- Obtener información sobre los procesos de atención del establecimiento de salud.
- Definir la norma contra la cual se realizará la auditoría.
- Definir el equipo auditor.
- Capacitar y/o entrenar al equipo.
- Establecer los criterios para evaluar en base a los requerimientos del sistema.
- Elaborar las listas de verificación en base a las normas seleccionadas.
- Establecer las fechas de acuerdo con los auditados.
- Elaborar el plan definitivo de auditoría.

6.4.2 Ejecución

La etapa de ejecución comprende:

- Auditar, de acuerdo al plan, y registrar la información obtenida.
- Verificar la información.
- Analizar en equipo los resultados conforme avanza la auditoría.
- Proveer de retroalimentación a los auditados.
- Preparar un informe preliminar.

6.4.3 Elaboración del Reporte/Informe Final

La etapa de elaboración del Reporte/Informe Final comprende:

- Ajustar el Reporte (ver Anexo N° 2) y informe preliminar incluyendo los cambios.
- Precisar en las conclusiones los hechos hallados y al personal involucrado en la atención/situación auditada.
- Recomendar cuando el caso lo amerite que la Dirección de la organización solicite a la Contraloría General de la República, la atención de la denuncia por parte del respectivo Órgano de Control Institucional, Comité de Ética de los Colegios Profesionales, u otras instancias de acuerdo a si se trata de una entidad pública o privada. Asimismo, en casos de resultados satisfactorios el auditor podrá recomendar otorgar una felicitación o similar.
- Elevar el informe debidamente firmado por lo responsables al jefe inmediato superior.
- Documentar el proceso total para su achivement especial y uso posterior, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.

6.4.4 Seguimiento de las recomendaciones

La etapa de seguimiento comprende:

Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
• Obtener las recomendaciones derivadas de la Auditoría.
• Verificar la implementación de las medidas recomendadas, de acuerdo a los plazos señalados.
• Elaborar y presentar el Informe de seguimiento.

6.5 Procedimientos específicos para la auditoría:

6.5.1 Auditoría de Caso.-

• La autoridad del establecimiento una vez recibido el caso, procede a convocar al responsable de la Oficina de Calidad, o quien haga sus veces para que programe la realización de la auditoria del caso.

• El responsable de la Oficina de Calidad dispone la investigación correspondiente a cargo del Coordinador de Auditoría, quien conforma al comité auditor de acuerdo a las necesidades.

• El Comité Auditor solicitará la documentación necesaria así como la copia fedearada de la Historia Clínica del paciente motivo de la auditoría, la cual debe estar debidamente ordenada, foliada, a la cual se le colocará su correspondiente codificación.

• Se realizará la recopilación y estudio de todos los documentos que se estimen pertinentes relacionados a la organización como: Reglamento de Organización y Funciones, Manual de Organización y Funciones, Normas Internas, Programación de Personal, Protocolos o Guías de atención, Libros de registros de atenciones médicas y/o quirúrgicas, Libro de Sala de Operaciones y otros de interés que contengan información relacionada al caso.

• Se solicitarán los informes que se estimen pertinentes a las jefaturas médicas o administrativas en relación al caso, quienes a su vez solicitarán los informes respectivos al personal que participó en la atención.

• Para la evaluación de los actos asistenciales se considerarán los criterios clínicos o quirúrgicos que permitan esclarecer el adecuado proceder de los actos asistenciales analizados, como oportunidad de la intervención, pertinencia, utilización del consentimiento informado, entre otros.

• En la conformación del comité auditor se convocará de preferencia a especialistas pares no vinculados al caso, a fin de contar con una opinión técnica independiente.

• Durante la investigación del caso cuando se considere necesario se convocará al personal involucrado a fin de darle oportunidad de emitir sus descargos.

• Realizado el informe de auditoría de caso, se elevará el mismo a la autoridad administrativa solicitante (Responsable de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces), quien luego de revisarlo lo eleva al Director de Establecimiento.

• El Informe contará con la estructura establecida en el ANEXO N° 1.
6.5.2 Auditoría de la Calidad de los Registros Asistenciales.

- Para la realización de las Auditorías de los Registros Asistenciales consideradas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención, se tomarán en cuenta principalmente los servicios de mayor riesgo, los servicios de mayor producción o los que tuvieran como antecedentes mayor número de quejas, reclamos o denuncias.

- Se puede decidir trabajar sobre el total de registros o trabajar en base a una muestra seleccionada estadísticamente.

- La auditoría se realiza a través de un modelo preestablecido por cada Comité Auditor, con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de Salud; en donde se deben considerar entre otros, los siguientes aspectos: Registro de la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo médico y tratamiento; Ordenamiento cronológico adecuado y progresivo de la información contenida en la Historia Clínica en relación a la atención del paciente.

- Los modelos que elaboren los Comités Auditores deberán ser detallados y varíar según se evalúen atenciones realizadas en áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, u otros servicios, Ver Anexo N° 3 referencial según corresponda.

- El informe de la Auditoría de la Calidad de los Registros Asistenciales tiene la siguiente estructura:
  - Datos generales del servicio.
  - Origen de la auditoría.
  - Tipo de auditoría.
  - Alcance de la auditoría.
  - Antecedentes.
  - Observaciones.
  - Conclusiones.
  - Recomendaciones.
  - Anexos.

VII. APLICACIÓN

Son responsables de la correcta aplicación de la presente norma las siguientes instancias o quien llega sus veces:

- Dirección General de Salud de las Personas.
- Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud.
- Direcciones Regionales de Salud/Direcciones de Salud.
- Direcciones de Red.
- Dirección de los Establecimientos de Salud.
- Oficina o Unidad de Gestión de la Calidad.
- Comité de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

8.1 Los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de diferente nivel de complejidad realizan las auditorías de la calidad de atención en salud, presentando los productos de auditoría (Plan de Auditoría de la Calidad de Atención, Reporte de resultados de auditorías, Plan de Capacitación, etc.), según corresponda al nivel inmediato superior (RED / DISAS / DIRENAS), con organización de Comités de Auditoría hasta el nivel de Microredes. En el caso de los Institutos Especializados los productos de auditoría, serán remitidos a la DECS-DOSP.

8.2 La RED / DISAS / DISA respecto a la Auditoría a través de la oficina, unidad o área de calidad estructural o funcional, según corresponda, tiene a su cargo la elaboración de un plan de trabajo para difundir, impulsar y facilitar la implementación de la AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.
Asimismo, le corresponde la aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención de las áreas del ámbito de su competencia y nivel de dependencia, la capacitación del personal, la verificación por miembro de la calidad y contenido de los Reportes / Informes de Auditoría, en especial lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas, el seguimiento de las recomendaciones y de la implementación de proyectos de mejora en los establecimientos de salud, en base a las debilidades halladas.

La DIRENAS/DISA conformará un Comité Auditor para la realización de auditorías programadas, de casos especiales y de dirimir, en tanto en sus establecimientos como en los otros públicos o privados según corresponda a solicitud de parte. La RED o Comité y mantiene permanentemente contacto con la DIRESA/DISA de su área y esta a su vez con la Dirección General de Salud de las Personas.
Las actividades referidas al artículo 8.3 de la presente norma son aplicables a los establecimientos del I y III nivel. Parámetros establecimientos del I nivel, estas funciones competen al Responsable de la Microred.

8.3 La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, respecte a la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, tiene a su cargo la elaboración, revisión y actualización de las normas correspondientes. Asimismo, le corresponde la elaboración de un Plan Nacional de Evaluación de la implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los niveles regionales, la asistencia técnica al personal, la verificación por miembro de la calidad y contenido de los Reportes/ Informes de Auditoría, en especial las referidas a las conclusiones y recomendaciones emitidas, la supervisión y evaluación de las DIRENAS / DISAS e Institutos Especializados del ámbito nacional en relación a las acciones para el desarrollo de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud y la implementación de mecanismos para el mejoramiento.
La Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud puede conformar un Comité Auditor para la realización de auditorías programadas o especiales a solicitud de partes o aquellas que el nivel superior le indique. Asimismo, puede solicitar la ejecución de auditorías a las DIRENAS / DISAS, Institutos Especializados o a los establecimientos de salud en casos especiales.
IX DISPOSICIONES FINALES

9.1 La presente norma técnica deberá ser revisada y actualizada cada dos años o antes de requerirse.

9.2 Las disposiciones específicas en lo que corresponda, se podrán aplicar a otros establecimientos de salud públicos y privados de acuerdo a su organización y necesidades.

9.3 La Oficina de Calidad en entidades del estado, cuando el caso lo requiera solicitará a través de la Dirección del establecimiento la participación del Órgano de Control Institucional.

9.4 En las Auditorías de Casos, con la finalidad de mantener la debida confidencialidad, se deberá utilizar una codificación AD-HOC que incluya el N° de Historias Clínicas y del personal involucrado, siendo el coordinador de auditoría el responsable de su administración.

X. ANEXOS

Anexo N° 1 Modelo de Informe de Auditoría de Caso
Anexo N° 2 Modelo de Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención
Anexo N° 3 Instrumento para realizar la Auditoría de Procesos
Anexo N° 4 Fichas e Instructivos referenciales para la realización de Auditoría Externa, de Hospitalización, de Emergencia y de Pacientes Fallecidos.
ANEXOS
ANEXO N° 1
MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE CASO

AUDITORÍA N°: MINSA-200
A: Director del Hospital
De: Equipo Auditor
Asunto: ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE:
Referencia:
Fecha del informe:

1. ANTECEDENTES:
   Donde se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes que dan origen a la auditoría médica.

2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:
   Indicar que documento originó la realización de la auditoría.

3. TIPO DE AUDITORÍA:
   Auditoría de caso.

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:
   Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría.

5. INFORMACIÓN CLÍNICA:
   Resumen de la información concerniente a las previsiones 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.

6. OBSERVACIONES: Corresponde al análisis de los actos asistenciales en sus componentes de evaluación médica, diagnóstico, terapéutico, intervenciones y otros efectos secundarios relacionados con la atención del paciente, en función de la información que sustenta el mejor proceso según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. La observación resultante debe ser producto de la interrelación de la evaluación, criterio, calidad y efecto.

   Cada observación deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes: Sumario; Condición; Criterio; Causa; y efecto.

   Al término del desarrollo de cada observación, se indicarán de modo sujeto los descargas presentadas por las personas comprensivas en la misma, así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.

7. CONCLUSIONES: Describir como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los parámetros de evaluación utilizados así como también se señala al personal que participó en los hechos.
describas. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir apreciaciones o calificativos, limitándose sólo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.

8. RECOMENDACIONES. Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.

Registrar al pie del informe: Nombre, Sello, N° de colega profesional de los auditores que participaron.
ANEXO N°2: MODELO DE REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD N° MINSA-200

A: Director del Hospital
De: Equipo Auditor
Asunto: AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DEL SERVICIO/AREA: 

Referencia:
Fecha del Reporte:

1. ANTECEDENTES:
   Detalles se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes que dan origen a la auditoría realizada.

2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:
   Indicar que documento originó la realización de la auditoría.

3. TIPO DE AUDITORÍA:
   Auditoría de la Calidad de Atención de Salud.

4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:
   Señalar el ámbito o delimitación en el que se realiza la auditoría.

5. OBJETIVOS:
   Describir

6. METODOLOGÍA:
   Descripción de la metodología seleccionada para la realización de la investigación.

7. RESULTADOS:

8. CONCLUSIONES:

9. RECOMENDACIONES: Describe las situaciones, condiciones, correctivos a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.

Registrar al pie del informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los autores que participaron.

Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
ANEXO N° 3:

INSTRUMENTO PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE PROCESOS:

FLUJOGRAMAS

DEFINICIONES

Para construir los FlujoGRAMAS de Atención se requiere conocer la terminología a emplear:

FlujoGRAMA

Es la ilustración gráfica de un proceso

Proceso

Es un conjunto de actividades definidas, repetitivas y cuantificables que emplea un insumo, le agrega valor a esta y suministra un resultado útil para un cliente interno o externo.

Ejemplos:

La atención por consulta externa, cirugía de pacientes programados, atención de exámenes de laboratorio, entre otros.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente caen dentro de la definición de un proceso, puesto que previamente todos están definidos ya sea mediante un procedimiento administrativo en el caso de la consulta externa o un protocolo de atención para los casos de cirugías programadas y exámenes de laboratorio.

Son repetitivos puesto que el procedimiento administrativo o el protocolo de atención se realiza en todos los casos. Finalmente son cuantificables puesto que cada uno de ellos se pueden contar. El número de personas que se atendieron por consulta externa, el número de pacientes programados para cirugía que fueron efectivamente operados y el número de exámenes de glucosa procesados.

SÍMBOLOGIA ESTANDAR

Al ser el FlujoGRAMA una ilustración gráfica de un proceso, utilizará para su construcción un conjunto de símbolos estándares.
Los principales se describen a continuación:

<table>
<thead>
<tr>
<th>SÍMBOLO</th>
<th>DESCRIPCIÓN</th>
<th>SE UTILIZA ...</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><img src="image" alt="Inicio o Fin del Flujograma" /></td>
<td>Inicio o Fin del Flujograma</td>
<td>Inicio para iniciar la construcción del Flujograma y Fin después de haber concluido de graficar.</td>
</tr>
<tr>
<td><img src="image" alt="Traslado o dirección de flujo" /></td>
<td>Traslado o dirección de flujo</td>
<td>Para conectar dos símbolos dentro de un flujo.</td>
</tr>
<tr>
<td><img src="image" alt="Proceso" /></td>
<td>Proceso</td>
<td>Para representar el proceso propiamente dicho.</td>
</tr>
<tr>
<td><img src="image" alt="Condicional" /></td>
<td>Condicional</td>
<td>Cuando se encuentre ante dos posibles direcciones distinta una de otra.</td>
</tr>
<tr>
<td><img src="image" alt="Documento" /></td>
<td>Documento</td>
<td>Para representar que se ha generado un documento.</td>
</tr>
<tr>
<td><img src="image" alt="Archivo o almacenamiento" /></td>
<td>Archivo o almacenamiento</td>
<td>Cuando necesita archivar un documento o guardar una muestra.</td>
</tr>
<tr>
<td><img src="image" alt="Corrección interno página" /></td>
<td>Corrección interno página</td>
<td>Cuando necesite conectar dos símbolos dentro de una misma página.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL FLUJOGRAMA.

Primer Paso

Indicar los datos generales como son la división, el departamento, servicio o área, el nombre del proceso que será graficado y la fecha de término del fluograma. La fecha será después de ser revisado por el responsable del proceso.

Segundo Paso

Definir el inicio y fin del proceso. Es importante establecer límites a los procesos, un ejemplo de ello sería que el proceso de atención por consulta externa comience cuando el paciente tiene cita al servicio donde será atendido y finaliza cuando el paciente se retira del consultorio.

Tercer Paso

Identificar a cada uno de las personas que intervienen en el proceso. Así se tendrá una idea de cuantas personas intervienen en ese proceso. Para el caso de la consulta externa intervienen tres personas, la recepcionista, la auxiliar de enfermería y el médico tratante.

Cuarto Paso

Identificar las áreas donde se realiza el proceso. Esto nos permitirá identificar por cuantas distintas ambientes o áreas tiene que trasladarse el paciente, el documento, la muestra para análisis, entre otros. En el ejemplo de la consulta externa el paciente se trasladará por los ambientes de recepción, sala de espera y consultorio médico.

Quinto Paso

Graficar el proceso utilizando los símbolos estándares previamente definidos. Trate de construir el fluograma de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha, esto nos dará mayor facilidad para la lectura e interpretación.

Sexto Paso

Indicar los nombres y apellidos de la persona que construye el fluograma.

Séptimo Paso

Después de construido el flujo tendrá que ser revisado por el responsable del proceso. Por lo general esto responsabilidad recae sobre el jefe de departamento o servicio.

Los estudios de tiempos y movimientos se realizan con el objetivo de determinar la carga laboral que se asignará a un determinado trabajador de la función al tiempo estándar establecido para ello. Lo primero que se hace para estos casos es construir el diagrama de flujo o fluograma respectivo, en ella se mostrarán las actividades que se están realizando.

Los estudios de racionalización de personal también tienen su inicio en la construcción de fluogramas con el objetivo de determinar cuantas personas deberán quedar en un puesto de trabajo, el personal sobrante será reasignado a otra área o pasará a disposición de Recursos Humanos.

La construcción de fluidogramas se hacen con el objetivo de proponer mejoras a los procesos identificados como críticos y utilizar de manera apropiada los recursos asignados para su ejecución.
HOJA DE FLUJOGRAMA

Esta hoja facilitará el trabajo de construcción del flujo a graficar:

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Proceso</th>
<th>Departamento</th>
<th>Servicio / Área</th>
<th>Fecha</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>¿Dónde se hace?</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>El área o lugar indicado para realizar el proceso</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>¿Quién lo hace?</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Es la persona encargada de realizar el proceso</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ANEXO N° 4: FICHAS E INSTRUCTIVOS REFERENCIALES PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS

FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA

Sirvase llenar los datos con letra de imprenta.

I. - DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

<table>
<thead>
<tr>
<th>SERVICIO AUDITADO:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ASUNTO:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FECHA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

II. - DATOS DE LA AUDITORÍA:

<table>
<thead>
<tr>
<th>ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>(CODIGO DEL COLEGIO PROFESIONAL DEL PERSONAL TRATANTE):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
DIAGNÓSTICO:

III.- OBSERVACIONES:

Marque con una cruz en la palabra "S/N.A." o "NO" según corresponda.

<table>
<thead>
<tr>
<th>A.- IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA DE APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA</td>
</tr>
<tr>
<td>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS</td>
</tr>
<tr>
<td>SEXO</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA DE NACIMIENTO</td>
</tr>
<tr>
<td>LUGAR DE NACIMIENTO</td>
</tr>
<tr>
<td>GRADO DE INSTRUCCIÓN</td>
</tr>
<tr>
<td>OCUPACIÓN</td>
</tr>
<tr>
<td>RELIGIÓN</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RAZA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESTADO CIVIL</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOMICILIO ACTUAL</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOMICILIO DE PROCEDENCIA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NOMBRE DEL PADRE</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NOMBRE DE LA MADRE</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B. - ENFERMEDAD ACTUAL:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FECHA DE LA CONSULTA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DATOS DEL INFORMANTE:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MOTIVO DE LA CONSULTA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TIEMPO DE ENFERMEDAD</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SÍNTOMAS PRINCIPALES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Exámenes radiológicos</td>
</tr>
<tr>
<td>Interconsultas</td>
</tr>
<tr>
<td>Complicaciones</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**J. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE**

| IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN | S/N | A | NO | 0 |
| IDENTIFICACIÓN DE LA FECHA DE ALTA                  | S/N | A | NO | 0 |
| IDENTIFICACIÓN DE LAS INDICACIONES DE ALTA          | S/N | A | NO | 0 |

**K. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

<p>| Puntualidad:                                   | S/N | A | NO | 0 |
| Registro de la hora de Atención                | S/N | A | NO | 0 |
| Registra descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo | S/N | A | NO | 0 |
| Registra nombres apellidos y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica | S/N | A | NO | 0 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>PLAN DE TRABAJO:</strong></th>
<th>S/N.A.</th>
<th>1</th>
<th>NO</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>G.- APRECIACIÓN:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>APRECIACIÓN DEL CASO:</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>H.- TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOSIS</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VIA DE ADMINISTRACIÓN</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MEDIDAS HIGIÊNICO DIÉTÉTICAS</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MEDIDAS PREVENTIVAS</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>I.- NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Notas de controles</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Exámenes de laboratorio</strong></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>S/N.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>---</td>
<td>----</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PRESIÓN ARTERIAL</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FRECUENCIA DE PULSO</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PESO</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TALLA</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESTADO GENERAL</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESTADO DE CONCIENCIA</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DATOS DEL EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**E.- DIAGNÓSTICO**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>S/N.A.</th>
<th>1</th>
<th>NO</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO/PROBLEMA</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (CUANDO CORRESPONDA A PARTIR DE LA SEGUNDA CONSULTA)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>USO DEL C.I.E. 10</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**F.- PLAN DE TRABAJO**
<table>
<thead>
<tr>
<th>RELATO CRONOLÓGICO</th>
<th>SÍN.A.</th>
<th>1</th>
<th>NO</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FUNCIONES BIOLÓGICAS: SED, APETITO, RITMO URINARIO, RITMO EVACUATORIO, SUEÑO</td>
<td>SÍN.A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

C. ANTECEDENTES:

| FISIOLÓGICOS: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| INMUNOLÓGICOS: BCG, PTO, DPT, ANTISARAMPIÓN, OTRAS | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| PATOLÓGICOS: INCLUYENDO ALERGIAS | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| FAMILIARES | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| EPIDEMIOLÓGICOS | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| OCUPACIONALES | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |

D. EXPLORACIÓN FÍSICA:

<p>| CONTROLES VITALES | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| FRECUENCIA CARDIOACA | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | SÍN.A. | 1 | NO | 0 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Letra legible</th>
<th>S/N/A.</th>
<th>1</th>
<th>NO</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sello y firma del médico</td>
<td>S/N/A.</td>
<td>1</td>
<td>NO</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CALIFICACIÓN:**

- **ACEPTABLE:** IGUAL O MAYOR A 50 PUNTOS
- **POR MEJORAR:** MENOR DE 50 PUNTOS

**PUNTOS EQUIVALEN AL 100%**

**IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:**
<table>
<thead>
<tr>
<th>V. INCONFORMIDADES MENORES</th>
<th>VI. CONCLUSIONES</th>
<th>VII. FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITORES.</th>
<th>VIII. FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
<table>
<thead>
<tr>
<th>I. - DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</th>
<th>DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SERVICIO AUDITADO:</td>
<td>SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA</td>
</tr>
<tr>
<td>AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO</td>
<td>NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE CONSULTA EXTERNA DEL AÑO EN CURSO.</td>
</tr>
<tr>
<td>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:</td>
<td>NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES</td>
</tr>
<tr>
<td>ASUNTO:</td>
<td>TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA:</td>
<td>FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA AUDITORÍA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

II. - DATOS DE LA AUDITORÍA:

| ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA: | COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA |
| FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS: | FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ |
| CODIFICACION DE LA HISTORIA CLÍNICA: | CÓDIGO |
| CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE: | CÓDIGO |
| DIAGNÓSTICO: | DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FigURA EN LA HISTORIA CLÍNICA |

III. OBSERVACIONES:

| A. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES: | DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA |
| B. ENFERMEDAD ACTUAL: | CONSTA DE 7 ÍTÈMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD |
| C. ANTECEDENTES: | CONSTA DE 9 ÍTÈMS SE CONSIGNARAN LOS DATOS NECESARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE |
| D. EXPLORACIÓN FÍSICA: | DATOS RELACIONADOS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA DIRIGIDA |
| E. DIAGNÓSTICOS: | PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD |

Presuntivo/a: CONSIGNA O NO

Definitivo/a: CONSIGNA O NO, CUANDO CORRESPONDA A PARTIR DE LA SEGUNDA CONSULTA.

Uso del Código C. 1. E. “10”: USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

F. PLAN DE TRABAJO: INCLUYEN TODOS LOS EXÁMENES AUXILIARES, INTERCONSULTAS, PROCEDIMIENTOS, U OTROS NECESARIOS

G. APRECIACIÓN: INTERPRETACIÓN SUCINTA DEL CASO

H. TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES: CONSTA DE 6 ÍTÈMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIDERADOS EN SU TOTALIDAD

I. NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS: CONSTA DE 5 ÍTÈMS LOS CUALES SERÁN LLENADAS DE ACUERDO A SU PERTINENCIA.
<table>
<thead>
<tr>
<th>J. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE</th>
<th>CONSTA DE 3 ITÉMS LOS CUALES DEBEN TENER LLENADOS EN SU TOTALIDAD.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</td>
<td>CONSTA DE 5 ITÉMS LOS CUALES DEBEN TENER COMPLETOS EN SU TOTALIDAD.</td>
</tr>
<tr>
<td>L. CALIFICACIÓN TOTAL</td>
<td>SUMATORIA DE TODOS LOS PUNTAJES OBTENIDOS.</td>
</tr>
<tr>
<td>IV. INCONFORMIDADES MAYORES:</td>
<td>CUANDO SE INCREMENTE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.</td>
</tr>
<tr>
<td>V. INCONFORMIDADES MENORES:</td>
<td>CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.</td>
</tr>
<tr>
<td>VI. CONCLUSIONES:</td>
<td>RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.</td>
</tr>
<tr>
<td>VII. FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITOR.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIII. FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**NOTA:**

- LA BÚSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORIA SE INICIA DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA (ÚLTIMO DIAGNÓSTICO), LUEGO SE VA SITUANDO EN LA HISTORIA CLÍNICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNÓSTICO. (MÁXIMO 8 CONSULTAS).

- CUANDO SE ENCUENTREN DATOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN POR NO CORRESPONDER, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR Y SE COLocaRá EN DATOS PORCENTUALES LA CANTIDAD DE DATOS NO APLICABLES, TENIENDO EN CUENTA QUE EL PUNTAJE MÁXIMO ES DE 63 PUNTOS (100%).

**NO APLICABLES**

**NO EXISTE:**

CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO
### FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Llenar todos los datos consignados

<table>
<thead>
<tr>
<th>SERVICIO AUDITADO:</th>
<th>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIEMBRO/S DEL COMITÉ AUDITOR:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASUNTO:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:</td>
</tr>
<tr>
<td>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:</td>
</tr>
<tr>
<td>CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:</td>
</tr>
<tr>
<td>DIAGNÓSTICO:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>III.- OBSERVACIONES:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Marque con una x el número que considere pertinente de acuerdo al ítem examinado:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### A) ESTUDIO CLÍNICO:

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Fisiología:</th>
<th>Estándar</th>
<th>2</th>
<th>Insuficiente</th>
<th>1</th>
<th>No existe</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Antecedentes:</td>
<td>Estándar</td>
<td>3</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Antecedentes ocupacionales:</td>
<td>Estándar</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Enfermedad Actual:</td>
<td>Estándar</td>
<td>8</td>
<td>Incompletas</td>
<td>4</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Examen Clínico:</td>
<td>Estándar</td>
<td>8</td>
<td>Incompleto</td>
<td>4</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SUB.TOTAL "A" 0

#### B) DIAGNÓSTICOS:
### C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

- **a) Notas de controles**
  - Estándar: 8
  - Incompletos: 4
  - No exista: 0

- **b) Exámenes de laboratorio**
  - Estándar: 4
  - Suficientes y no oportunos: 2
  - Excesivos: 1
  - Insuficientes: 0

- **c) Exámenes radiológicos**
  - Estándar: 4
  - Suficientes y no oportunos: 2
  - Excesivos: 1
  - Insuficientes: 0

- **d) Interconsultas**
  - Estándar: 4
  - Suficientes y no oportunos: 2
  - Excesivos: 1
  - Insuficientes: 0

**SUB TOTAL "C"**

### D) TRATAMIENTO:

- **a) Tratamiento:**
  - Estándar: 10
  - Insuficiente: 6
  - Excesivos: 4
  - No existe: 0

**SUB TOTAL "D"**

### E) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

- **a) Evolución:**
  - Estándar: 8
  - Desfavorable esperado: 4
  - Desfavorable no esperado: 0

- **b) Complicaciones:**
  - Estándar: 5
  - Inevitables: 3
  - Evitables: 0

- **c) Alta:**
  - Estándar: 2
  - No oportuna: 1
  - No existe: 0

- **d) Específica indicaciones del Alta**
  - Estándar: 2
  - Incompletas: 1
  - No existe: 0

**SUB TOTAL "E"**

### F) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA

- **a) Pulcritud:**
  - Estándar: 3
  - Sólo alguno: 1
  - No existe: 0
<table>
<thead>
<tr>
<th>c) Antecedentes ocupacionales:</th>
<th>COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>d) Enfermedad Actual:</td>
<td>COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETO: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. NO EXISTE: NO HAY DATOS</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Examen Clínico:</td>
<td>COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales: FC, PA, niños: FC, FR, T y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETO: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB.TOTAL &quot;A&quot;</td>
<td>SUMATORIA DE LOS PUNTUajes OBTenIDos EN EL ITEM &quot;A&quot;</td>
</tr>
<tr>
<td>NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS</td>
<td>NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR EL MISMO PROBLEMA</td>
</tr>
<tr>
<td>B) DIAGNÓSTICOS:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) Presuntivo/s:</td>
<td>POSIBILIDADES: CONCORDANTE CON EL PROBLEMA (ESTANDAR). cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. NO CONCORDANTE CON EL PROBLEMA / INCOMPLETOS cuando no se han côncido todos los diagnósticos que se puedan desprender de la historia clínica. NO EXISTE</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Definitivo/s:</td>
<td>POSIBILIDADES: CONCORDANTE CON EL PROBLEMA (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. NO CONCORDANTE CON EL PROBLEMA / INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos, que se desprender de la historia clínica. NO EXISTE</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Uso del Código CIE &quot;X&quot;</td>
<td>USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB.TOTAL &quot;B&quot;</td>
<td>SUMATORIA DE LOS PUNTUajes OBTenIDos EN EL ITEM &quot;B&quot;</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Notas de controles</th>
<th>POSIBILIDADES: EXISTEN COMPLETAS (ESTANDAR) siguen el sistema SOAP y consignan funciones vitales, INCOMPLETAS, NO EXISTEN.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Exámenes de laboratorio</td>
<td>POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS, INSUFICIENTES EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Exámenes radiológicos</td>
<td>POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS, INSUFICIENTES EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Interconsultas</td>
<td>POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS, INSUFICIENTES EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB-TOTAL "C"**
SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C"

### D) TRATAMIENTO:

| a) Tratamiento: | POSIBILIDADES: SUFICIENTE Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución. INSUFICIENTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la H.C., EXCESIVO, terapéutica que no se justifica por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. IATROGÉNICO. |

**SUB-TOTAL "D"**
SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"

### E) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Evolución:</th>
<th>POSIBILIDADES: FAVORABLE (ESTANDAR), DESFAVORABLE, ESPERADA, cuerno por las características de la patología y en base a la evidencia científica se espera una evolución desfavorable. DESFAVORABLE NO ESPERADA, cuando la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico y tratamiento tratado.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Complicaciones:</td>
<td>POSIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR), IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento, EVITABLES, aquellas que se prevén de acuerdo a la patología del paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>c)</strong> Alta</td>
<td>**POSIibilidades: OPORTUNA (ESTANDAR), figura el alta al superar o definir el problema. NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema. NO EXISTE A PEsar DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA.</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>d)</strong> Especifica indicaciones del Alta</td>
<td><strong>POSIbilidades: COMPLETAS (ESTANDAR), INCOMPLETAS. NO EXISTEN.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUB-TOTAL &quot;E&quot;</strong></td>
<td><strong>SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM &quot;E&quot;</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>F) ATRIBUTOs DE LA HISTORIA CLINICA</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>a)</strong> Pulcritud</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>b)</strong> Registro de la hora de Atención</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>c)</strong> Letra legible</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>d)</strong> Sello y firma del médico</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUB-TOTAL &quot;F&quot;</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</strong></th>
<th><strong>CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</strong></th>
<th><strong>CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **VI.- CONCLUSIONES:** | **RESUMEN DE LOS PRINCIPLAES HALLAZGOS EN COMPARACION CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.** |

<p>| <strong>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</strong> | --- |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LA BÚSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORÍA SE INICIA DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA (ÚLTIMO DIAGNÓSTICO), LUEGO SE VA RETROCEDIENDO EN LA HISTORIA CLÍNICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNÓSTICO. (MÁXIMO 8 CONSULTAS).</td>
</tr>
<tr>
<td>NOTA:</td>
</tr>
<tr>
<td>CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN POR NO CORRESPONDER, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, SEÑALANDO CON UN ASTERISCO SU NO APLICABILIDAD.</td>
</tr>
<tr>
<td>NO APLICABLES</td>
</tr>
<tr>
<td>NO EXISTE:</td>
</tr>
<tr>
<td>CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO</td>
</tr>
<tr>
<td>FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</td>
</tr>
<tr>
<td>SERVICIO AUDITADO:</td>
</tr>
<tr>
<td>AUDITORÍA DE HOSPITALIZACIÓN</td>
</tr>
<tr>
<td>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:</td>
</tr>
<tr>
<td>ASUNTO:</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</td>
</tr>
<tr>
<td>ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:</td>
</tr>
<tr>
<td>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:</td>
</tr>
<tr>
<td>CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:</td>
</tr>
<tr>
<td>DIAGNÓSTICO:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>III.- OBSERVACIONES:</td>
</tr>
<tr>
<td>A) ESTUDIO CLÍNICO:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARÁ EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO
<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Calificación</th>
<th>Puntos</th>
<th>Presentación</th>
<th>Información</th>
<th>Subtotal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Filiación</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>2</td>
<td>Insuficiente</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Antecedentes personales no patológicos</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Antecedentes personales patológicos</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Antecedentes epidemiológicos</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Antecedentes ocupacionales</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>f) Enfermedad Actual:</td>
<td>Completa y concordante con los problemas de ingreso</td>
<td>5</td>
<td>Incompletas</td>
<td>3</td>
<td>Incompletos y no concordante con el/los problemas de ingreso</td>
</tr>
<tr>
<td>g) Examen Clínico</td>
<td>Completa y concordante con la enfermedad actual</td>
<td>6</td>
<td>Incompletos</td>
<td>3</td>
<td>Incompletos y no concordante con la enfermedad actual</td>
</tr>
<tr>
<td>h) Nota de ingreso</td>
<td>Completa</td>
<td>2</td>
<td>Incompletas</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>i) Plan de Trabajo</td>
<td>Completado</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB TOTAL &quot;A&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### B) DIAGNÓSTICOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Estándar/No aplicable</th>
<th>Incompletos</th>
<th>No existe</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Presuntivo/s</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Definitivo/s</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>2 No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Uso del Código UIE &quot;X&quot;</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB TOTAL "B"**

0

### C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Estándar/No aplicable</th>
<th>Completas</th>
<th>Incompletas</th>
<th>No existe</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Notas de evolución</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Exámenes de laboratorio</td>
<td>4</td>
<td>completos y no oportunos</td>
<td>2 excesivos</td>
<td>1 incompletos</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Exámenes radiológicos</td>
<td>4</td>
<td>completos y no oportunos</td>
<td>2 excesivos</td>
<td>1 incompletos</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Interconsultas</td>
<td>4</td>
<td>No oportunos</td>
<td>2 excelsias</td>
<td>1 Insuficientes</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB TOTAL "C"**

0

### D) NOTAS DE ENFERMERÍA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipo</th>
<th>Estándar/No aplicable</th>
<th>Completas</th>
<th>Incompletas</th>
<th>No existe</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evolución de enfermería</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Hoja de funciones Vitales</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c) Hoja de balance hídrico</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUB.TOTAL “D”</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**E) TRATAMIENTO:**

| a) De soporte o sintomático | Estándar/No aplicable | 6 | Insuficiente | 4 | excesivos | 2 | No existe | 0 |
| b) Etiológico | Estándar/No aplicable | 10 | Insuficiente | 5 | excesivos | 3 | No existe | 0 |

**SUB.TOTAL “E”** 0

**F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES**

| a) Evolución: | Estándar/No aplicable | 5 | Desfavorable esperada | 2.5 | Desfavorable no esperada | 0 |
| b) Complicaciones: | Estándar/No aplicable | 5 | Impredicibles | 2 | Evitables | 0 |
| c) Estancia | Adecuada | 3 | Insuficiente | 1 | Prolongada | 0 |
| d) Alta | Estándar/No aplicable | 2 | No oportuna | 1 | No existe | 0 |
| d) Especifica indicaciones del Alta | Estándar/No aplicable | 2 | Incompletas | 1 | No existe | 0 |

**SUB.TOTAL “F”** 0

**G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA**

<p>| a) Registra Consentimiento informado | Sí | 1.5 | No | 0 |
| b) Pulsitud | Estándar/No aplicable | 1 | No | 0 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>c) Registro de la hora de Atención</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>1</td>
<td>No</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Letra legible</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>1</td>
<td>Irregular</td>
<td>0.5</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Registra Médico tratante</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>1</td>
<td>No</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>f) Sello y firma del médico</td>
<td>Estándar/No aplicable</td>
<td>3</td>
<td>Sólo alguno</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB.TOTAL &quot;G&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CALIFICACIÓN:**

**ACEPTABLE:**

**IGUAL O MAYOR DIF 80**

**POR MEJORAR:**

**MENOR DE 80**

**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:
<table>
<thead>
<tr>
<th>V. - INCONFORMIDADES MENORES:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No designa hora de atención.</td>
</tr>
<tr>
<td>No señala cantidad de medicación prescrita.</td>
</tr>
<tr>
<td>Otras:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| VI. - CONCLUSIONES: |

<table>
<thead>
<tr>
<th>VII. - FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<p>| VIII. - FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA: |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SERVICIO AUDITADO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AUDITORÍA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN DEL AÑO EN CURSO.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>MÓNMBRES COMPLETOS DELS LOS AUDITORES</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ASUNTO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FECHA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>CODIGO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>CODIGO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIAGNÓSTICO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>III.- OBSERVACIONES:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>A) ESTUDIO CLÍNICO:</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>a) Filación:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>SUFICIENTE: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN. NO EXISTE. NO HAY FILIACIÓN.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>b) Antecedentes personales no patológicos:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Completos, antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones (pediatría), controles pre - natales (obstetricia). Incompletos, cuando falta algunos de los datos. No existe. No se consignan.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>c) Antecedentes personales patológicos:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Figura el antecedente patológico y sus características indicando el tratamiento recibido. Incompletos, cuando faltan datos. No existe, no se consignan.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>d) Antecedentes Epideimiológicos:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>e) Antecedentes ocupacionales:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.</td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermedad Actual:</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Examen Clínico:</td>
</tr>
<tr>
<td>Nota de ingreso</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB TOTAL &quot;A&quot;</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B) DIAGNÓSTICOS:**

| Presuntivos: | POSIBILIDADES: ADECUADOS (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen fisico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE. |
|---------------------------------------------------------------|
| Definitivos: | POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen fisico y anteriores. La oportunidad se refiere a la constatación del diagnóstico definitivo en el momento de tomar evidencia de el. INCOMPLETO: No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE. |
| Uso del Código CIE "X" | USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES |
| SUB TOTAL "B" | SUMATORIA DE LOS PUNTUAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B" |

**C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:**

| Notas de Evolución: | Completas, sigue el sistema SOAP: consigna funciones vitales. Incompletas: Faltan datos. No existe: No se consignan datos |
|---------------------------------------------------------------|
| Exámenes de laboratorio: | POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requieran durante la evolución. COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS: EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, no se solicitan todos los exámenes necesarios. |
| Exámenes radiológicos | POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS: EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS. |

50 Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
### D) NOTAS DE ENFERMERÍA

| Subtotal "C" | SUMATORIA DE LOS PUNTUAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C" |

#### a) Evoluciones de enfermería
- Completas, registra funciones vitales, medicamento vía, dosis, procedimiento e intercurrencia. Incompletas, faltan datos. No existe.

#### b) Hoja de funciones vitales
- Completa, en la hoja gráfica está registrada la PA, T, FC, FR, en cada uno de los castigos del formato. Incompleta, faltan datos. No existe.

#### c) Hoja de balance hidrático
- Completa, se consignan todos los datos. Incompleta: faltan datos. No existe.

### SUBTOTAL "E"

| SUMATORIA DE LOS PUNTUAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E" |

### E) TRATAMIENTO:

#### a) Tratamiento Sintomático
- Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos. Insuficiente, faltan datos. Excesivo, para los diagnósticos planteados.

#### b) Tratamiento Etiológico
- Adecuado y suficiente, tto. Sustentado por el diagnóstico definitivo, o de forma transitoria, con orientación oportuna. Excesivo, de acuerdo a los requerimientos. Insuficiente, de acuerdo a los diagnósticos planteados. No existe a pesar del diagnóstico, hay evidencia de un diagnóstico y no figura el tratamiento.

### SUBTOTAL "E"

| SUMATORIA DE LOS PUNTUAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E" |

### F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

#### a) Evolución
- Favorable, buena evolución. Destabilizante, por la evolución descendente de la patología. Desfavorable, no es la esperada de acuerdo al diagnóstico.

#### b) Complicaciones:
- **POSIIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR). IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento.** EVITABLES, aquellas que se previenen de acuerdo a la patología del paciente.

#### c) Estancia
- Adecuada. Estancia en el servicio menor a ponderado para el establecimiento. Insuficiente, alta del domicilio. Prolongada, alta mayor al ponderado, mayor que el establecimiento.

#### d) Alta:
- **POSIIBILIDADES: OPORTUNA (ESTANDAR), figura la alta al superar o definir el problema. NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema. NO EXISTE A PESEAR DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA.**
<table>
<thead>
<tr>
<th>G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>a) Registro consentimiento informado</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>b) Puntualidad</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>c) Registro de la hora de Atención</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>d) Letra legible</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>e) Registro médico tratante</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>f) Sello y firma del médico</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUB TOTAL &quot;O&quot;</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOTAL</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</th>
<th>CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</th>
<th>CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VI.- CONCLUSIONES:</th>
<th>RÉSUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VII.- FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
</table>

| VIII.- FECHA LÍMITE DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA | |
|--------------------------------------------------------| |

<p>| NOTA: | CUANDO SE ENCUENTREN DATOS NO APLICABLES, SErán CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA NO APLICACIÓN. |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO</strong></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>SERVICIO AUDITADO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ASUNTO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FECHA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ULTIMA FECHA DE CONSULTA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIAGNÓSTICO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>III.- OBSERVACIONES:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A) ESTUDIO CLÍNICO:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Item</td>
</tr>
<tr>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>a) Filación</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Antecedentes personales no patológicos</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Antecedentes personales patológicos</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Antecedentes epidemiológicos</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Antecedentes ocupacionales</td>
</tr>
<tr>
<td>f) Enfermedad Actual</td>
</tr>
<tr>
<td>g) Examen Clínico</td>
</tr>
<tr>
<td>h) Nota de ingreso</td>
</tr>
<tr>
<td>i) Plan de Trabajo</td>
</tr>
<tr>
<td>j) Epígrafe</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB TOTAL &quot;A&quot;</td>
</tr>
</tbody>
</table>

B) DIAGNÓSTICOS:
<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Estándar/No aplicable</th>
<th>Incompletos</th>
<th>No existe</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Presuntivos:</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b) Definitivos:</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c) Diagnóstico de certificación de defunción</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>d) Necropsia</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e) Uso del Código CIE &quot;X&quot;</td>
<td>2</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUBTOTAL "B"**

<table>
<thead>
<tr>
<th>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Notas de evolución</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Informe de defunción</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Exámenes de laboratorio</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Exámenes radiológicos</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Interconsultas</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUBTOTAL "C"**

0
### D) NOTAS DE ENFERMERÍA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Completas</th>
<th>Incompletas</th>
<th>No existe</th>
<th>Subtotal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evoluciones de enfermería</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Hoja de funciones Vitales</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Hoja de balance hídrico</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUB TOTAL &quot;D&quot;</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### E) TRATAMIENTO:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Estándar/No aplicable</th>
<th>Insuficiente</th>
<th>Excesivos</th>
<th>No existe</th>
<th>Subtotal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) De soporte o sintomático</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Etiológico</td>
<td>9</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUB-TOTAL &quot;E&quot;</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Descripción</th>
<th>Estándar/No aplicable</th>
<th>Desfavorable esperada</th>
<th>Desfavorable no esperada</th>
<th>Subtotal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evolución</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Complicaciones</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Estancia</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUB-TOTAL &quot;F&quot;</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

<p>| | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Registra Consentimiento informado</td>
<td></td>
<td>1.5</td>
<td>No</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Pulso:</td>
<td>Estándar</td>
<td>No aplicable</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Registro de la hora de Atención</td>
<td>Estándar</td>
<td>No aplicable</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Letra legible</td>
<td>Estándar</td>
<td>No aplicable</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Registra Médico tratante</td>
<td>Estándar</td>
<td>No aplicable</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>f) Sello y firma del médico</td>
<td>Estándar</td>
<td>No aplicable</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB TOTAL &quot;G&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### CALIFICACIÓN:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>IGUAL O MAYOR DE 80</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACEPTABLE:</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>MENOR DE 80</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>POR MEJORAR</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### IV - INCONFORMIDADES MAYORES:

- Ausencia de firma y sello del médico tratante
- No existencia del diagnóstico correspondiente con el CIE 10
<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Uso del tiempo médico para la atención</th>
<th>Uso del tiempo médico para la consulta externa</th>
<th>Uso del tiempo médico para la realización de pruebas diagnósticas</th>
<th>Uso del tiempo médico para la preparación de expedientes</th>
<th>Uso del tiempo médico para otras actividades</th>
<th>VI. - CONCLUSIONES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

VII. - FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DE MATERIALES RELATIVOS AL AUDITADO:

VIII. - FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE MEJORA:
# INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE PACIENTES FALLECIDOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:</th>
<th>DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SERVICIO AUDITADO:</td>
<td>SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA</td>
</tr>
<tr>
<td>AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO No:</td>
<td>NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN DEL ANO EN CURSO.</td>
</tr>
<tr>
<td>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:</td>
<td>NOMBRES COMPLETOS DELLOS AUDITORES</td>
</tr>
<tr>
<td>ASUNTO:</td>
<td>TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA:</td>
<td>FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:</td>
</tr>
<tr>
<td>CODIFICACION DE LA HISTORIA CLÍNICA:</td>
</tr>
<tr>
<td>CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| III.- OBSERVACIONES: | DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA |

A) ESTUDIO CLÍNICO:

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Filiación:</th>
<th>SUFFICIENTE: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE NO HAY FILIACIÓN.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Antecedentes personales no patológicos:</td>
<td>Completos, antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones (peñicilina), controles prenatales: (obstetricia). Incompletos, cuando falta algunos de los datos. No existe: No se consignan.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Antecedentes personales patológicos.</td>
<td>Figura el antecedente patológico y sus características indicando el tratamiento recibido. Incompletos, cuando faltan datos. No existe, no se consignan.</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Antecedentes Epidemiológicos</td>
<td>Completos: procedencia, viajes realizados, contactos con enfermedades infecciosas, contagiosas. Incompletos, faltan algunos datos. No existe: No se consignan.</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Antecedentes ocupacionales:</td>
<td>COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS NO EXISTE NO HAY.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 59
f) Enfermedad Actual:

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>f) Enfermedad Actual:</td>
<td>COMPLETA Y CONCORDANTE CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando fuese tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. INCOMPLETA Y NO CONCORDANTES CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO. NO EXISTE: NO HAY DATOS.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

g) Examen Clínico:

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>g) Examen Clínico:</td>
<td>Completo y concordante con la ENF. ACTUAL: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales, (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T) y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETO: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA ENFERMEDAD ACTUAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

h) Nota de ingreso

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>h) Nota de ingreso</td>
<td>Completa: Incluye filiación, antecedentes contributórios, examen físico preferencial, diagnósticos y plan de trabajo. Incompleta: Faltan datos. No existe: No se consigna.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

i) Plan de trabajo

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>i) Plan de trabajo</td>
<td>Completo. Consigna exámenes auxiliares, interconsultas y procedimientos con fechas correspondientes. INCOMPLETO: faltan datos. No existe: No se consigna.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

j) Episodio

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>j) Episodio</td>
<td>Completa, fecha de ingreso, fecha de alta, diag. Final, nombre, sexo, edad, procedencia, historia médica anterior, historia médica actual, estudios realizados, evolución, problemas pendientes de estudio, condición al alta, descanso médico, transferencias, firma y sello del médico tratante, jefe del servicio. Incompleta, faltan datos.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

SUB.TOTAL "A"

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SUB.TOTAL &quot;A&quot;</td>
<td>SUMATORIA DE LOS PUNTajes OBTENIDOS EN EL ITEM &quot;A&quot;</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

B) DIAGNÓSTICOS:

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Presuntivo/s:</td>
<td>POSIBILIDADES: ADECUADOS (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

b) Definitivo/s:

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Definitivo/s:</td>
<td>POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

c) Uso del Código CIE "X"

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>c) Uso del Código CIE &quot;X&quot;</td>
<td>USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

SUB.TOTAL "B"

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SUB.TOTAL &quot;B&quot;</td>
<td>SUMATORIA DE LOS PUNTajes OBTENIDOS EN EL ITEM &quot;B&quot;</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Notas de Evolución:</th>
<th>Completa, sigue el sistema SOAP, consigna funciones vitales, incompleta, faltan datos. No existe, no se consignan datos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Informe de defunción</td>
<td>Suficiente y concordante con el certificado de defunción, formado tanto como los diagnósticos son concordantes. Insuficiente y no concordante, faltan datos. No existe.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Exámenes de laboratorio</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). Se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, no se solicitan todos los exámenes necesarios.</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Exámenes radiológicos</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS.</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Interconsultas</td>
<td>POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). NO OPORTUNOS. EXCESIVAS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. ININSUFICIENTES.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB TOTAL "C"**

### D) NOTAS DE ENFERMERÍA

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Evoluciones de enfermería</th>
<th>Completa, registra funciones vitales, medicamento vía, dosis, procedimiento e interconsultas. Incompleta, faltan datos. No existe.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Hoja de funciones vitales</td>
<td>Completa, en la hoja gráfica esta registrada la PA, T, FC, FR, en cada uno de los casilleros del formato. Incompleta; faltan datos. No existe.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Hoja de balance hídrico</td>
<td>Completa, se consignan todos los datos. Incompleta: faltan datos. No existe.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB TOTAL "D"**

### E) TRATAMIENTO:

<table>
<thead>
<tr>
<th>a) Tratamiento Sintomático:</th>
<th>Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos. Insuficiente, faltan datos. Excesivo, para los diagnósticos planteados.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b) Tratamiento Ecológico</td>
<td>Adecuado y suficiente, tto. Sustentado por el diagnóstico definitivo, o debidamente sustentado en la evolución. Insuficiente, no de acuerdo a los requerimientos. Excesivo, de acuerdo al diagnóstico plantead. No existe a pesar del diagnóstico, hay evidencia de un diagnóstico y no figura el tratamiento.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud*
### F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Subtotal &quot;E&quot;</th>
<th>Sumatoria de los puntajes obtenidos en el item &quot;E&quot;</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evolución</td>
<td>Favorable, buena evolución. Desfavorable esperada, por las características de la patología se espera una evolución desfavorable. Desfavorable no esperado, la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico.</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Complicaciones:</td>
<td>Posibilidades: Ausentes (Estándar). Impredecibles, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. Evitables, aquellas que se preveen de acuerdo a la patología del paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Estancia</td>
<td>Adecuada. Estancia en el servicio menor a promedio aceptado para el establecimiento. Insuficiente, al alta antes de superar los problemas motivo de su hospitalización. Prolongada, Estancia mayor al promedio aceptado por el establecimiento.</td>
</tr>
<tr>
<td>Subtotal &quot;F&quot;</td>
<td>Sumatoria de los puntajes obtenidos en el item &quot;F&quot;</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

| a) Registra consentimiento informado | Sí. No. |
| b) Pulcritud: | Posibilidades: Sí (Estándar), si la historia clínica está limpia, ordenada, con formatos adecuados, y foliados., NO EXISTE. |
| c) Registro de la hora de Atención | Posibilidades: Sí EXISTE (ESTANDAR), NO EXISTE. |
| d) Letra legible | Posibilidades: SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la H.C., A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE. |
| e) Registra médico tratante | Sí. No. |
| f) Sello y firma del médico | Posibilidades: Firma Y SELLO (ESTANDAR), SÓLO FIRMA, NO EXISTE. |

**SUB TOTAL "G"**

| Sumatoria de los puntajes obtenidos en el item "G" |

**TOTAL**

| Sumatoria de los subtotales de la "A" a la "G" |

---

**IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:**

| Si se incumple totalmente con el estándar |

**V.- INCONFORMIDADES MENORES:**

| Si se incumple parcialmente con el estándar |

**VI.- CONCLUSIONES:**

<p>| Resumen de los principios hallazgos en comparación con la norma o estándar establecido. |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>VII.- FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VIIL.- FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

CUANDO SE ENCUENTREN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR.
FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

SERVICIO AUDITADO:

AUDITORÍA DE EMERGENCIA NÚMERO:

MIEMBRO(S) DEL COMITÉ AUDITORES:

ASUNTO:

FECHA:

II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA:

CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE:

DIAGNÓSTICO:

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLÍNICO:

a) Filtación:

| Estándar/No aplica | 2 | Insuficiente | 1 | No existe | 0 |

b) Antecedentes contributivos:

<p>| Estándar/No aplica | 1 | Incompletos | 0.5 | No existe | 0 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>c) Antecedentes ocupacionales:</th>
<th>Estandar/No aplica</th>
<th>1</th>
<th>Incompletos</th>
<th>0,5</th>
<th>No existe</th>
<th>0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>d) Enfermedad Actual:</td>
<td>Estandar/No aplica</td>
<td>7</td>
<td>Incompleta</td>
<td>4</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Funciones Vitales</td>
<td>Estandar</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>f) Examen Clínico:</td>
<td>Estandar/No aplica</td>
<td>8</td>
<td>Incompleto</td>
<td>4</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>g) Plan de trabajo</td>
<td>Completo</td>
<td>2</td>
<td>Incompleto</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB TOTAL &quot;A&quot;</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| B) DIAGNÓSTICOS:               |                    |   |             |     |           |   |
| a) Presuntivo(s):             | Estandar/No aplica | 5 | Incompletos | 3   | No existe | 0 |
| b) Definitivo(s):             | Estandar/No aplica | 6 | Incompletos | 4   | No existe | 0 |
| c) Pronóstico                 | Concordante con el diagnóstico | 4 | No concordante con el diagnóstico | 2 | No existe | 0 |
| SUB TOTAL "A"                  |                    |   |             |     |           |   |
### C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

<p>| | | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Identificación de problemas en evolución</td>
<td>sí</td>
<td>4</td>
<td>No</td>
<td>2</td>
<td>Incompleto y no concordante</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Examen clínico de evolución</td>
<td>Completo (estándar)</td>
<td>4</td>
<td>Incompleto</td>
<td>2</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Exámenes de laboratorio</td>
<td>Estándar/No aplica</td>
<td>3</td>
<td>Suficientes y no oportunos</td>
<td>2</td>
<td>Insuficientes</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Exámenes radiológicos</td>
<td>Estándar/No aplica</td>
<td>3</td>
<td>Suficientes y no oportunos</td>
<td>2</td>
<td>Insuficientes</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Diagnósticos de evolución</td>
<td>Estándar/No aplica</td>
<td>2</td>
<td>Incompletos y no concordantes</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Plan de trabajo de evolución</td>
<td>Estándar/No aplica</td>
<td>2</td>
<td>Incompleto</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>f) Interconsultas</td>
<td>Estándar/No aplica</td>
<td>3</td>
<td>No oportunas</td>
<td>2</td>
<td>Insuficientes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB TOTAL “C”**

### D) NOTAS DE ENFERMERÍA

<p>| | | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evoluciones de enfermería</td>
<td>Completas</td>
<td>2</td>
<td>Incompletas</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Hoja de funciones Vitales</td>
<td>Completas</td>
<td>2</td>
<td>Incompletas</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Hoja de balance hídrico</td>
<td>Completas</td>
<td>2</td>
<td>Incompletas</td>
<td>1</td>
<td>No existe</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SUB-TOTAL “D”**
### E) TRATAMIENTO:

| a) Tratamiento de soporte o sintomático: | Estándar/No aplica | 4 Insuficiente | 2 excesivos | 1 |
| b) Etiológico | Estándar/No aplica | 6 Insuficiente | 4 excesivos | 2 No existe | 0 |

**SUB. TOTAL "E"**

### F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

| a) Evolución: | Estándar/No aplica | 6 Desfavorable esperada | 3 Desfavorable no esperada | 0 |
| b) Complicaciones: | Estándar/No aplica | 6 Impredecibles | 3 Evitables | 0 |
| c) Estancia | Estándar/No aplica | 1 Insuficiente | 0,5 Prolongada | 0 |
| d) Específica indicaciones del Altas | Estándar/No aplica | 1 Incompletas | 0,5 No existe | 0 |

**SUB. TOTAL "F"**

### G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

| a) Pencritud: | Estándar/No aplica | 1 No | 0 |
| b) Registro de la hora de atención | Estándar/No aplica | 1 No | 0 |
| c) Letra legible | Estándar/No aplica | 1 No | 0 |
| d) Sello y firma del médico | Estándar/No aplica | 2 Sólo alguno | 1 No existe | 0 |
| SUB TOTAL "G" |       |       |       |       |
| TOTAL        |       |       |       |       |
| ACEPTABLE:   |       |       | **IGUAL O MAYOR DE 80** |       |
| POR MEJORAR: |       |       | **MENOR DE 80** |       |

IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:

V.- INCONFORMIDADES MENORES:

VI.- CONCLUSIONES:

VII.- FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:

VIII.- FECHA LÍMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:

NOTA: CUANDO EL DATO NO APLICA SE COLOCA EL MAYOR PUNTAJE COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA CANTIDAD DE DATOS QUE NO APLICAN.
### INSTRUCTIVO PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

**I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:**

<table>
<thead>
<tr>
<th>SERVICIO AUDITADO</th>
<th>DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AUDITORÍA DE EMERGENCIA NÚMERO</td>
<td>SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA</td>
</tr>
<tr>
<td>MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR</td>
<td>NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE EMERGENCIA DEL AÑO EN CURSO</td>
</tr>
<tr>
<td>ASUNTO</td>
<td>NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA</td>
<td>TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA</td>
</tr>
<tr>
<td>FECHA EN QUE SE REALIZÓ LA AUDITORÍA</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:**

| CODIFICACION DE LA HISTORIA CLÍNICA | CODIGO |
| CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE | CODIGO |
| DIAGNÓSTICO | DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA |

**III.- OBSERVACIONES:**

| DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA |

**A) ESTUDIO CLÍNICO:**

- **a) Filiación:**
  - COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTÁNDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE. NO HAY FILIACIÓN |

- **b) Antecedentes contributivos:**
  - COMPLETOS: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTÁNDAR), cuando está consignado el antecedente patológico y/o epidemiológico que pueden ayudar en el diagnóstico y/o tratamiento del problema actual. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE. NO HAY |

- **c) Antecedentes ocupacionales:**
  - COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTÁNDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE. NO HAY |

- **d) Enfermedad Actual:**
  - COMPLETA: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTÁNDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y/o diagnóstico, CON ÉNFASIS EN AQUELLOS QUE SON MOTIVO DE LA CONSULTA. INCOMPLETO: no se describen en los hallazgos de todos los aparatos y sistemas. INCOMPLETO * NO CONCORDANTE: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA, los hallazgos no se correlacionan. NO EXISTE. NO HAY DATOS |

- **e) Funciones Vitales**
  - COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTÁNDAR), cuando tiene funciones vitales, (acústicas: FC, PA, T, F). INCOMPLETA: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL NO EXISTE. NO HAY DATOS |

---

*Norma técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud*
<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>B) DIAGNÓSTICOS:</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Presuntivo/s:</td>
<td>POSIBILIDADES: ADECUADOS, cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Definitivo/s:</td>
<td>POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS: Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETOS: No figuran todos los diagnósticos que se desprenderán de la historia clínica. INCOMPLETOS Y NO OPORTUNOS. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Pronóstico</td>
<td>COINCIDIERE CON EL DIAGNÓSTICO, existe y guarda relación con el diagnóstico. NO CONCORDANTE CON EL DÁI, no guarda relación con el diagnóstico.</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB TOTAL &quot;B&quot;</td>
<td>SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM &quot;B&quot;</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS:</strong></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Identificación de problemas en evolución</td>
<td>POSIBILIDADES: EXISTEN COMPLETAS (ESTANDAR) siguen el sistema SOAP y consiguen funciones vitales. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Exámenes clínicos de evolución</td>
<td>COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA H.C.: todas las evoluciones tienen examen clínico. INCOMPLETO, faltan datos. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: faltan datos y no hay correlación. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Interpretación de exámenes Complementarios</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETOS, se interpretan haciendo unidad clínica con la H.C. INCOMPLETOS: Cuando alguno de los anteriores no es interpretado.</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Exámenes de Laboratorio</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS: PERO NO OPORTUNOS: EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, NO SE SOLICITA LO REQUERIDO.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Descripción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>d) Exámenes de Laboratorio</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR). COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, exámenes que no se justifiquen por los diagnósticos planteados o que no se justifiquen por la evolución. INCOMPLETOS. NO SE SOLICITA LO REQUERIDO.</td>
</tr>
<tr>
<td>e) Exámenes radiológicos</td>
<td>POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR). SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS. EXCESIVOS, que no se justifiquen por los diagnósticos planteados o que no se justifiquen por la evolución. INCOMPLETOS.</td>
</tr>
<tr>
<td>f) Diagnósticos de evolución</td>
<td>COMPLETOS Y CONCORDANTES; deben figurar todos los diagnósticos. INCOMPLETOS, Y NO CONCORDANTES, faltan algunos diagnósticos. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>g) Plan de trabajo de evolución</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETO Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución. INCOMPLETO Y CONCORDANTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la H.C. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>h) Interconsultas</td>
<td>OPORTUNAS Y SUFICIENTES, cuando se solicitan las interconsultas necesarias al ingreso y durante la evolución NO OPORTUNAS, EXCESIVAS. INSUFICIENTES</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SUB TOTAL "C" SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "C"

DJ NOTAS DE ENFERMERÍA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Descripción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evoluciones de enfermería</td>
<td>COMPLETAS: registra funciones vitales, medicamento, vit. dosis, procedimientos, intercurrencias. INCOMPLETAS. NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Hoja de funciones Vitales</td>
<td>COMPLETA: PA, T, FC, FR. INCOMPLETAS, NO EXISTE.</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Hoja de balance hídrico</td>
<td>POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR). INCOMPLETAS. NO EXISTEN.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SUB-TOTAL "D" SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "D"

E) TRATAMIENTO:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Descripción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Tratamiento de soporte o sintomático:</td>
<td>ADECUADO Y SUFICIENTE, registra tipo de dieta, fluidoterapia, sintomáticos. INSUFICIENTE. EXCESIVO.</td>
</tr>
<tr>
<td>u) Etiológico</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

SUB TOTAL "E" SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"

Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
<table>
<thead>
<tr>
<th>F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Evolución:</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Complicaciones:</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Estancia</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Específica indicaciones del</td>
</tr>
<tr>
<td>Alta</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a) Pulcritud:</td>
</tr>
<tr>
<td>b) Registro de la hora de Atención</td>
</tr>
<tr>
<td>c) Letra legible</td>
</tr>
<tr>
<td>d) Sello y firma del médico</td>
</tr>
<tr>
<td>SUB-TOTAL &quot;G&quot;</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTAL</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR, SE COLOCAN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL EQUIPO AUDITOR</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CUANDO SE INCUMPLE PARcialmente CON EL ESTANDAR, SE COLOCAN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL EQUIPO AUDITOR</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VI.- CONCLUSIONES:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>VIII.- FECHA LIMITE DE AFIHACIón DEL PROYECTO DE MEJORA:</th>
</tr>
</thead>
</table>

* CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTO MAYOR.
Ministerio de Salud
Personas que abandonaron el país:
Av. Salaverry n° 701 - Jesús María
www.mesa.gob.pe
Diseño e impresión:
Enea Colipa S.A.C.
Jr. Raúl Porras Barrenechea 1930
Lima 8
Tel: 425-8801/88
E-mail: atencion@msa.gob.pe