"ES COPIA FIEL"

RESOLUCIÓN DIRECTORAL
Nº R.D. 097 -2022 MGP/DISAMAR
FOLIO ....01 - 03.....

14 FEB. 2022

Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Bejarano
00069589

Resolución Directoral

Visto, el memorándum Nº 059 del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, de fecha 04 de febrero del 2022, mediante el cual remite el Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en las IPRESS Navales";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, con Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". La calidad en la prestación de los servicios de salud es una preocupación permanente del Sector Salud, siendo la calidad el eje de todos los procesos en la prestación de los servicios de salud;

Que, el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector y sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, regional y local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión;

Que, con Resolución Directoral Nº 025-2020 MGP/DISAMAR, de fecha 07 de diciembre del 2020, se aprobó el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2021-2022, mediante el cual se detalla la Política de Gestión de Calidad, objetivos generales y específicos de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina;

Que, mediante Acta de Reunión Nº 007-022, de fecha 28 de enero del 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y los responsables de cada proceso, elaboraron y aprobaron el proyecto del Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en las IPRESS Navales, con la validación interna del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina;

Que, el Jefe de la Oficina de Asesoría Legal de la Dirección de Salud de la Marina, remite el proyecto del Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en las IPRESS Navales, para continuar con el trámite de aprobación correspondiente;

Estando a lo informado en el documento del visto y con las visaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud y Oficina de Asesoría Legal de esta Dirección,

Capitán de Corbeta SN, JC,
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano
00069589

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en las IPRESS Navales, que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- El Comando de la Unidad o Dependencia con IPRESS Naval, serán los responsables de la implementación, difusión y monitoreo del citado Manual; así como, del cumplimiento de los lineamientos establecidos para la Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Institución.

Artículo 3°.- La Dirección de Salud de la Marina, a través de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, supervisará el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el Manual de Procedimiento del Proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención de Salud en las IPRESS Navales.

Artículo 4°.- La Oficina de Relaciones Públicas procederá a publicar la presente Resolución con los anexos respectivos, en la página web de la Dirección de Salud de la Marina.

Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Antonio VILDOSO Concha
Contralmirante
Director de Salud de la Marina

DISTRIBUCIÓN:
Copia: IPRESS NAVALES (c/a)
JEF.OFIC.GEST.CAL. (c/a)
JEF.OFIC.REL.PÚB. (c/a)
Archivo.

"es COPIA FIEL"

DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTO PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN LAS IPRESS NAVALES

2022

HOJA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN: DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA
NOMBRE: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN LAS IPRESS NAVALES
VERSIÓN: 01
FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2022
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: FEBRERO 2026
DOCUMENTO ELABORADO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DISAMAR

C. de N. SN (O) Luis Marlín LOAYZA Rodríguez Jefe de la Oficina

TS2. Enf. Jorge Luis CHINGA Ramos	Encargado del proceso de Atención al Usuario
OM1 Enf. Rossivet AGUSTIN Franco	Encargada del proceso de Acreditación y Autoevaluación
Lic. Enf. Ingrid CALLE Samaniego	Encargada del proceso de Seguridad del Paciente
Lic. Psi. Karina CHUQUIZUTTA Benavides	Encargada de los procesos de Mejora Continua y Auditoría de la Calidad en Salud
Sec. Giselle NUÑEZ Casas	Secretaria de la Oficina

VALIDACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Luis Marlín LOAYZA Rodríguez Jefe de la Oficina

VALIDACIÓN EXTERNA DISAMAR:

C. de C. CJ Raúl FIGUEROA Quiquia	Jefe de la Oficina de Asesoría Legal

APROBADO POR:

Calm. Antonio VILDOSO Concha	Director de Salud de la Marina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, responsabilidad asignada al Ministerio de Salud como órgano rector en Salud a nivel nacional, órgano que dispone la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud estableciendo como uno de sus procesos la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, proceso basado en la norma Técnica de Salud N° 029 del Ministerio de Salud, disposiciones consideradas en el presente manual, cuya finalidad es estandarizar y uniformizar procedimientos que contribuyan a la calidad en los servicios e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Institución.

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos en salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por si misma, no tiene fines punitivos.

La Marina de Guerra del Perú, para el cumplimiento de las normatividad vigente del Ministerio de Salud, designa a la Dirección de Salud de la Marina como órgano en Salud a nivel Institucional, en cuya estructura orgánica de asesoría se encuentra la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud responsable del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en las IPRESS Navales.

La Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina, para el cumplimiento de la misión encomendada, elabora el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual describe las actividades del proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que deben realizar las IPRESS Navales.

I. FINALIDAD

Implementar el instrumento técnico para la evaluación y análisis de las prestaciones de salud a la familia naval, mediante la estandarización de los lineamientos para la realización de las Auditorías en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a cargo de la Dirección de Salud de la Marina.

II. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842. Ley General de Salud.
2. Ley 27657 Ley del Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
4. Resolución Ministerial N° 474-2005 de fecha 23 de junio del 2005, que aprueba la NTS N° 029-2016/MINSA/ DGSP-V.02: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
5. Resolución Ministerial N° 889–2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de caso de la Calidad de la Atención en Salud.
6. Resolución Directoral N° 025-2020/DISAMAR de fecha 07 de diciembre del 2020 aprueba el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud

III. ALCANCE

El presente manual es de aplicación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Marina de Guerra del Perú:

Nivel y Categoría III-1:

1. Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara".

Nivel y Categoría I-4:

2. Hospital de la Base Naval del Callao "Practicante Manuel Ugarte y Moscoso",
3. Clínica Naval de Iquitos;

Nivel y Categoría I-3:

4. Policlínico Naval San Borja.
5. Policlínico Naval de Ancón.

Nivel y Categoría I-2:

6. Posta Naval de Ventanilla,

Comandos de las Unidades y Dependencias con IPRESS que a continuación se detallan:

7. Base Naval de Paita.
8. Enfermería Villa Naval de Tumbes.
9. Base Naval de San Juan de Marcona.
10. Base Naval de Chimbote.
11. Sanidad de la Escuela Naval del Perú.
12. Instituto de Educación Superior Tecnológico Público Naval CITEN.
13. Estación Naval de la Comandancia General de la Marina.
14. Estación Naval de Submarinos.
15. Centro de Entrenamiento de Operaciones Especiales.
16. Sanidad de la Base Aeronaval del Callao.
17. Servicio de Policía Naval.
18. Grupo de Salvamento.
19. Comandancia de la Tercera Zona Naval.
20. Capitanía Guardacostas Lacustre de Puno.
21. Estación Naval de Mollendo.
22. Estación Naval de Pucallpa.
23. Estación Naval de Pichari.
24. Base Naval de Iquitos.
25. Estación Naval del Estrecho.
26. Puesto de Salud SIMA Iquitos.

Nivel y Categoría I-1:

27. Tópico CEBE "Santa Teresa de Courdec".
28. Enfermería Institución Educativa "Stella Maris".
29. Enfermería y Servicio de Psicología Liceo Naval "Germán Astete"
30. Liceo Naval "Almirante Guise"
31. Enfermería Institución Educativa Inicial "Niño Jesús de Praga"

Ofertas Flexibles (OF): Categoría asignada para las Unidades que desplazan recursos humanos, medicinas, material y equipamiento médico, brindan atención integral en salud complementaria a la red local.

32. PIAS "Lago Titicaca" (CPMPIAS – 3120).

33. Buque Tópico Hospital RAUMIS.
34. B.A.P. "TACNA".
35. B.A.P. "PISCO".
36. Plataforma Itinerante de Salud PISSA

IV. SITUACIÓN GENERAL

a. El artículo VI del Título preliminar de la ley N° 26842, Ley General de la Salud de fecha 15 de julio de 1997, establece que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

b. El Artículo 2° de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657 de fecha 28 de enero del 2002, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

c. Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo del 2006 vigente a la fecha, se aprobó el documento técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

d. Que, mediante Resolución Ministerial N° 474-2005 de fecha 23 de junio del 2005, se aprueba la NTS N° 029-2016/MINSA/ DGSP-V.02: Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, cuyo objetivo es 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 obtener resultados para la mejora de la calidad de la atención en los servicios de salud.

e. Que, mediante Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa para el proceso de Auditoría de caso de la Calidad de la Atención en Salud, cuya finalidad es contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en la prestación de la atención en los establecimientos del Sector Salud.

f. Que, dentro de este contexto, la Dirección de Salud de la Marina con Resolución Directoral N° 025-2020/DISAMAR de fecha 07 de diciembre del 2020 aprueba el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Marina de Guerra del Perú, mediante el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios.

V. RESPONSABILIDADES

a. Director de Salud de la Marina

(1) Aprobar el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que incluya las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud que, deben ser desarrollados por las IPRESS navales.

(2) Aprobar el Plan de auditoría de la calidad de la atención en salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS navales).

(3) Aprobar la designación del responsable del proceso y los integrantes de los Comités de Auditoría Médica y de Gestión según corresponda; a recomendación de los Directores y/o Jefes de las IPRESS.

(4) Gestionar la asignación presupuestal para la implementación de las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud para las IPRESS Navales.

(5) Promover la participación de los integrantes de los comités de auditoría en temas relacionados al Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, a nivel institucional y extra institucional.

(6) Emitir reconocimiento por los logros obtenidos a los integrantes de los comités de auditoría de la calidad de la atención en salud.

b. Comandos de Unidades y Dependencias con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS navales)

(1) Comprometer a todo el personal de la IPRESS, en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y en las actividades del proceso de auditoría dela calidad de la atención en salud.

(2) Recomendar al DISAMAR, al personal responsable del proceso y a los integrantes de los comités de auditoría, para ser aprobados con Resolución Directoral, según corresponda al nivel y categoría de la IPRESS naval.

(3) Remitir al DISAMAR, el plan anual de auditoría de la calidad de la atención en salud para su aprobación por acto resolutivo, cuando se trate de las IPRESS de nivel I-3, I-4 y III-1, incluido la IPRESS Posta Naval de Ventanilla.

(4) Remitir al DISAMAR, copia del documento interno de aprobación del cronograma de actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud en el caso de las IPRESS de nivel I-1 y I-2, excepto las IPRESS Posta Naval de Ventanilla y las de Oferta Flexible.

(5) Reportar trimestralmente la información referida a las actividades de auditoría de la calidad de la atención en salud a la DIRESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, según corresponda.

(6) Remitir al DISAMAR, el informe trimestral del avance y ejecución de las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud.

(7) Gestionar ante DISAMAR la capacitación de los integrantes del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud.

(8) Gestionar ante la Dirección Regional de Salud de su jurisdicción, las coordinaciones y trámites administrativos pertinentes al proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud.

c. Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de DISAMAR

(1) Elaborar el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que incluya las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud, que deben ser desarrolladas por las IPRESS navales según nivel y categoría asignada.

(2) Elevar al DISAMAR, el proyecto de documento de nombramiento del responsable del proceso y de los integrantes de los comités de auditoría.

(3) Programar capacitaciones a los integrantes del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS navales.

(4) Gestionar capacitaciones extra institucional para los integrantes del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS navales.

(5) Supervisar el desarrollo de las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS Navales.

(6) Remitir al DISAMAR, el informe trimestral de las supervisiones a las IPRESS Navales, del avance de las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud.

d. Responsable del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de la OGCHS de DISAMAR

(1) Identificar y programar las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud según normatividad vigente del Ministerio de Salud, para ser incluidas en el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

(2) Mantener actualizado los datos del personal responsable del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS navales.

(3) Elaborar la programación de capacitación a los responsables e integrantes del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS navales.

(4) Realizar y elaborar el informe de la Supervisión trimestral de la IPRESS, de acuerdo a la lista de verificación de supervisión al proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud.

(5) Consolidar la matriz de oportunidad de mejora del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS navales.

(6) Realizar el seguimiento de avance de las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de las IPRESS navales.

e. Responsable del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de la IPRESS naval

(1) Elaborar el Plan y/o cronograma de actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de la IPRESS naval según su nivel y categoría.

(2) Ejecutar las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de la IPRESS naval.

(3) Elaborar el informe final de cada proceso de auditoría.

(4) Elaborar el informe trimestral del avance de las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud de la IPRESS naval.
(5) Realizar el seguimiento a la implementación de las acciones y proyectos de mejora.
(6) Implementar un registro de las auditorías realizadas y en proceso.
(7) Analizar los resultados del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud, difundirlos y socializarlos con el personal de la IPRESS.

VI. DEFINICIONES OPERACIONALES

a. **Auditoría Interna.-** Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud, para una atención que se realizó allí mismo.
b. **Auditoría externa.-** Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
c. **Auditoría médica.-** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
d. **Auditoría en salud.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
e. **Auditoría programada.-** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
f. **Auditoría de caso.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes

especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.

g. **Auditoría regular/ordinaria.**- Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.

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

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

i. **Acción correctiva.**- Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.

j. **Acción preventiva.**- Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.

k. **Acto médico.**- Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

l. **Calidad de la atención.**- Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.

m. **Causa.**- Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

n. **Conclusión.-** Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoria realizada.

o. **Condición.-** Descripción del hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

p. **Consentimiento Informado.-** Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4 y 40 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.

q. **Criterio.-** Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría de Caso.

r. **Evaluación de calidad del registro.-** Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.

s. **Establecimiento de salud.-** Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, actividades de prevención, promoción, recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

t. **Evento adverso.-** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

u. **Evento centinela.-** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de

vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.

v. **Evidencia de la auditoría.**- Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.

w. **Fuentes para auditoría.**- Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia. Además se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.

x. **Guías de práctica clínica.**- Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

y. **Hallazgos de auditoría.**- Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.

z. **Incidente.**- Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un *incidente*). Cuando un *incidente* causa daño o lesión se denomina evento adverso.

aa. **Informe final de auditoría.**- Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.

bb. **No conformidad.**- Incumplimiento de un criterio en auditoría.

cc. **Plan anual de auditoría de la calidad de atención en salud.**- Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente.

VII.- CLASIFICACIÓN DE LAS AUDITORÍAS

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad, debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso. Se clasifica en:

a) Según quién realiza la Auditoría de la Calidad:

a.1. Auditoría Interna.

a.2. Auditoría Externa.

b) Según el objeto de la Auditoría de la Calidad:

b.1. Auditoría Médica.

b.2. Auditoría en Salud.

c) Según su inclusión en la planificación anual de la Auditoría de la Calidad:

c.1. Auditoría Programada.

c.2. Auditoría de Caso (no está incluido en el Plan).

d) Según la naturaleza de las conclusiones de la Auditoría de la Calidad:

d.1. Auditoría Regular /Ordinaria.

d.2. Auditoría Dirimente.

La Auditoría de la calidad de la atención en salud la realiza la IPRESS (**Auditoría Interna**; o la realiza una instancia inmediata superior al mismo, a través de otro establecimiento de salud o de un comité especial cuando es dispuesta por la Autoridad de Salud Nacional o la Autoridad de Salud Regional (**Auditoría Externa**).

La IPRESS realiza auditoría programada o la auditoría de caso, ambas son **Auditorías Internas**.

La Auditoría Dirimente, es una Auditoría de Caso y es una Auditoría Externa, que es dispuesta exclusivamente por la Autoridad de Salud Nacional o la Autoridad Salud Regional, ante un incidente o un evento adverso, sobre el que se han realizado dos Auditorías de Caso previas, con conclusiones contradictorias.

Los Comités de Auditoría son los encargados de realizar las Auditorías de Caso, cuando son Auditorías Internas, ya sea que correspondan a una Auditoría en Salud o a una Auditoría Médica.

VIII.- CONFORMACIÓN DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA:

Las IPRESS según nivel y categoría debe constituir el Comité de Auditoría en Salud (CAS) y el Comité de Auditoría Médica (CAM) como unidades funcionales permanentes, integrados por un mínimo de tres (03) miembros: un Presidente, un Secretario de Actas, y uno (o más) Vocales los cuales mantendrán coordinación con la unidad orgánica responsable de la gestión de la Calidad en Salud del establecimiento. Ambos comités están integrados por Auditores de la Calidad en Salud, con experiencia, y serán oficializados a través de una resolución Directoral:

a. **Comité de Auditoría en Salud (CAS):** Está constituido por profesionales médicos y no médicos de la IPRESS, responsables de ejecutar las Auditorías en Salud contenidas en el plan anual de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud o su equivalente. No depende de ningún departamento o servicio asistencial.
b. **Comité de Auditoría Médica (CAM):** Está constituido por profesionales médicos de la IPRESS, responsables de ejecutar las Auditorías Médicas contenidas en el plan anual de auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad en Salud o su equivalente. No depende de ningún departamento o servicio asistencial.

En el caso de las IPRESS del primer nivel de atención, si por el número de profesionales de la salud, no fuese posible constituir uno o ambos comités, el comando designará con documento oficial al personal responsable que desarrollará las actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud.

IX.- PERFIL DE LOS INTEGRANTES DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es realizada por Auditores de la Calidad de la Atención en Salud, profesionales de la salud formados en el campo de la Auditoría en Salud y con experiencia en su aplicación. Deben cumplir con el siguiente perfil:

a. Ser Profesionales de la salud colegiados, con un mínimo de dos (2) años de ejercicio profesional para IPRESS de Nivel I, y con un mínimo de tres (3) años para el Nivel II y Nivel III, así como habilitados para el ejercicio de la profesión.

b. Tener formación o capacitación en auditoría en salud, con un mínimo de sesenta (60) horas académicas presenciales, debidamente certificadas por una entidad universitaria; Se recomienda que cuenten con número de registro de auditor expedido por su colegio profesional. Asimismo pueden tener capacitación en gestión de la calidad en salud, administración de servicios de salud o salud pública.
c. Tener experiencia en auditoría, la misma que será de más de un (1) año para el Nivel I; y de más de dos (2) años para IPRESS de Niveles II y III.
d. No tener antecedentes de sanción por procesos administrativos o penales.

X.- PRINCIPIOS QUE RIGEN A LOS AUDITORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

a. **Conducta ética.-** El auditor debe abstenerse de realizar actos que atenten contra el buen ejercicio de la profesión; procediendo en todo momento de acuerdo con los más elevados preceptos de la moral; actuando siempre en forma leal, digna y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.
b. **Confidencialidad.-** Se requiere de un compromiso de reserva del auditor con las fuentes de información, por lo que es indispensable guardar el secreto profesional, y la reserva sobre la información a la que se tiene acceso durante la auditoría.
c. **Veracidad.-** Los hallazgos y conclusiones emitidas en los informes de la auditoría deben reflejar con autenticidad y exactitud los hallazgos de la auditoría.
d. **Diligencia.-** Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por la entidad o servicio auditado, en resguardo de los intereses y derechos de los usuarios.
e. **Independencia.-** Es la base para el ejercicio cabal y responsable de la función de auditor de la calidad. No pueden estar sujetos a mandatos o presiones que alteren su criterio, análisis y conclusiones en la auditoría, y deben estar libres de cualquier sesgo o conflicto de intereses.
f. **Imparcialidad.-** Las opiniones, conclusiones y recomendaciones del auditor requieren del equilibrio y ponderación de quien no se aleja de la verdad, y no inclina su criterio indebidamente ante ninguna de las partes.
g. **Objetividad.-** El auditor basa su accionar en las evidencias objetivas que sustente sus hallazgos y conclusiones.

h. **Respeto por los derechos y el honor de las personas.**- Consiste en no afectar negativamente la honra de los profesionales ni los derechos de los usuarios, por ningún motivo subalterno. En todo momento se debe mantener el respeto a los profesionales auditados.

En ninguna circunstancia el auditor está facultado para emitir pronunciamientos que establezcan responsabilidades personales o colectivas de tipo médico legal o recomendaciones punitivas, por no ser el objetivo de la Auditoría de la Calidad.

XI.- RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Los miembros del Comité de Auditoría en Salud y del Comité de Auditoría Médica, tienen las siguientes responsabilidades compartidas:

a. Participar en la elaboración y ejecución del plan anual/cronograma de actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud, el mismo que será presentado a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en Salud de la IPRESS, para su trámite de aprobación por acto resolutivo.
b. Participar en la planificación, organización, evaluación, supervisión de las actividades programadas en el plan anual de auditoría y de las auditorías de caso, según corresponda.
c. Participar en la ejecución de las auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
d. Participar en la planificación, ejecución y elaboración del informe final de auditoría.

Así mismo, según el cargo designado en el comité de auditoría tienen las siguientes responsabilidades:

Presidente (a).- Es responsable de:

a. Presidir el Comité.
b. Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
c. Asegurar que las auditorías de la calidad de la atención en salud se realicen cumpliendo lo dispuesto en los dispositivos legales vigentes.
d. Garantizar que los informes y el informe final cumplan con los requisitos de calidad de la auditoría descritos en la norma técnica de auditoría.

e. Presentar el informe final de la auditoría de la calidad de la atención en salud a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en Salud, quien a su vez informará a la Dirección de la IPRESS, para que disponga la implementación de las recomendaciones.

Secretario (a) de Actas.- Es responsable de:

a. Mantener actualizado los registros y archivos de las auditorías de la calidad de la Atención en Salud realizadas.
b. Tener a su cargo la custodia y el registro del libro de actas del Comité.
c. Velar por la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las auditorías de la calidad de la atención en salud.
d. Velar por la organización, codificación y custodia de los papeles de trabajo que se generan en las auditorías.
e. Otras que el (la) Presidente(a) del comité de auditoría le asigne.

Vocal.- Es responsable de:

a. Contribuir a asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las auditorías de la calidad de la atención en salud.
b. Otras que el(a) Presidente(a) del comité le asigne.

En el caso de las IPRESS del primer nivel de atención, que no fuese posible constituir uno o ambos comités, elaborarán y presentarán anualmente un cronograma de actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud, a ser desarrolladas de acuerdo a lo dispuesto en el presente manual y en el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de la Dirección de Salud de la Marina.

XII.- IMPEDIMENTOS PARA PARTICIPAR DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

No podrán formar parte de un comité o equipo de auditoría, los profesionales médicos o no médicos en los siguientes casos:

a. Si es pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, con cualquiera de los usuarios de los servicios de salud o con sus representantes de la atención a ser auditada.
b. Si ha tenido intervención en la atención a ser auditada, o si como autoridad hubiere manifestado previamente su parecer sobre el mismo, de modo que pudiera entenderse que se ha pronunciado sobre el asunto.

c. Si personalmente, o bien su cónyuge o algún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tuviere interés en la atención a ser auditada.

d. Cuando tuviere o hubiese tenido en los últimos dos años, relación de servicio o de subordinación con cualquiera de los usuarios de los servicios de salud o sus representantes de la atención a ser auditada, o si tuviera en proyecto una concertación de negocios con alguno de ellos, aun cuando no se concrete posteriormente.

XIII.- ESTRUCTURA DE LA ACTIVIDAD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Comprende cinco (5) etapas:

a. **Planeamiento:** Etapa en donde se define los objetivos y alcance de la auditoría, comprende:
   - Obtener información general del proceso y de la atención que se va a auditar, así como del servicio o unidad donde ésta se brindó (organización, funciones, normas, planes, programas y procesos de atención).
   - Obtener información sobre auditorías anteriores en relación al caso.
   - Definir los criterios de auditoría a utilizar (normativas, guías de práctica clínica, manuales, otros).
   - Elaborar los documentos de trabajo (plan de trabajo, listas de chequeo y otros) en base a los criterios establecidos.
   - Establecer el cronograma del plan de trabajo.

b. **Ejecución:** Desarrollo secuencial de las diferentes actividades del proceso de auditoría, comprende:
   - Verificación de la información: Actividad de confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva del cumplimiento de los criterios establecidos; utilizando para ello, todos los medios e instrumentos que consideren pertinentes.
   - Análisis y discusión: Revisión y evaluación de la historia clínica, de los registros de salud y otros documentos relacionados con la auditoría a realizar; revisión, evaluación y análisis de los hallazgos. Con la información obtenida se elaborará una lista de No Conformidades y se sustentará con la evidencia encontrada.
   - Comunicación de las no conformidades a los(las) auditados(as), en el caso de que se considere pertinente y con la finalidad de recoger la información correspondiente, en forma de descargo.

- En los casos de auditorías programadas, se podrá considerar realizar:
  - Reunión de inicio: Actividad de presentación del comité de auditoría ante el servicio o unidad donde se brindó la atención que se va a auditar para informar los criterios a emplear, los objetivos, el alcance y el cronograma.
  - Reunión final o de cierre: Discusión con los auditados respecto a los contenidos del informe de campo, presentando de forma objetiva los hallazgos, con la finalidad de hacerlo una oportunidad de mejora.

c. **Elaboración y presentación del Informe Final:** Corresponde al comité de auditoría:
- Redactar de manera clara y concisa las No Conformidades de la auditoría, así como las conclusiones y recomendaciones.
- Elevar el informe final a la unidad orgánica responsable de la gestión de la calidad en salud, quien la remitirá a la Dirección de la IPRESS, luego de verificar que cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.
- Documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior para la mejora de los procesos y procedimientos asistenciales, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.

d. **Implementación de las Recomendaciones:** Esta etapa comprende ser ejecutada por los Jefes o responsables de los servicios o áreas consignadas explícitamente en las recomendaciones del informe de auditoría de la calidad de la atención en salud. Comprende:
- Diseñar, aprobar y ejecutar un conjunto de acciones preventivas y/o correctivas orientadas a implementar las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría.

e. **Seguimiento de las recomendaciones:** Esta etapa corresponde ser ejecutada por la unidad orgánica responsable de la gestión de la calidad en salud o el responsable del proceso de auditoría, comprende el monitoreo y la verificación del cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el informe de auditoría de la calidad de la atención en salud:
- Elaborar y mantener un registro de las recomendaciones formuladas en cada informe de Auditoría (debe incluir: Número y fecha del informe de Auditoría, Recomendación, el(los) responsable(s) de implementarlas, Plazos estrictos, Fecha de Seguimiento y Estado de la implementación).
- Acordar con los involucrados un plan de implementación de las recomendaciones, precisando objetivos, metas, plazos y responsabilidades.

- Solicitar por escrito al personal responsable encargado de implementar las recomendaciones, la documentación que sustente la situación en que se encuentra la implementación de las recomendaciones.
- Elaborar y presentar el informe de seguimiento a la máxima autoridad de la institución de corresponder.
- De considerarlo necesario se deberá programar la realización de visitas para verificar la implementación de las recomendaciones.

XIV.- METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

La auditoría de la calidad de la atención en salud es el procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud, de parte de los profesionales de la salud, y que tiene como principio fundamental la mejora continua de las atenciones de salud. La metodología de la auditoría de la calidad de la atención en salud, en su análisis integral, considera los siguientes aspectos:

a. Concordancia de las prácticas sanitarias evaluadas con las mejores prácticas definidas, aceptadas y estandarizadas en disposiciones previamente establecidas (criterios) entre las que se encuentran las guías de práctica clínica.
b. Coherencia entre anamnesis, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo.
c. Congruencia entre diagnóstico y tratamiento.
d. Pertinencia del plan de trabajo: exámenes de patología clínica, de diagnóstico por imágenes, interconsultas, referencias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
e. Oportunidad de la atención.
f. Adecuado manejo posterior al diagnóstico de acuerdo a evolución y resultado de los exámenes.
g. Pertinencia del apoyo o intervención de otros profesionales o especialistas.
h. Evaluación de la seguridad de la atención y reporte de eventos adversos hallados.

Esta metodología se aplica para las auditorías programadas y para las auditorías de Caso. Una vez concluido el análisis de la información recabada se procederá a la elaboración del informe final.

El Comité de Auditoría elevará el informe final a la unidad orgánica responsable de la gestión de la calidad en salud, donde se evaluará si cumple con los requisitos de calidad de la auditoría. En caso que sea afirmativo, remitirá el informe final al Director de la IPRESS, quien dispondrá la implementación de las recomendaciones.

Las Auditorías de Caso deben realizarse, entre otros, ante:

- Casos de mortalidad materna - perinatal.
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas.
- Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias.
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse cuando ocurre un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

XV.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR AUDITORÍA DE CASO:

a. Cuando ocurra un incidente en la IPRESS como los descritos en el párrafo anterior, independientemente de que genere o no un reclamo o denuncia del usuario o de un tercero legitimado, el Director o Jefe de la IPRESS dispone el inicio de una auditoría de caso, siempre como auditoría médica. El Procedimiento de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un incidente puede concluir en la Auditoría Interna o en la Auditoría Externa y excepcionalmente en la Auditoría Dirimente.

b. La auditoría de caso tiene por objeto evaluar y cautelar el respeto por los derechos del usuario o paciente, entre ellos, a recibir atención de calidad en la IPRESS, identificando factores causales y contributivos sobre los cuales intervenir correctivamente para que eventos semejantes no vuelvan a ocurrir. Cuando proceda realizar una auditoría de caso, la máxima autoridad de la IPRESS, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas tiene la responsabilidad de proporcionar una copia foliada y fedateada o legalizada de la historia clínica completa, a la unidad orgánica responsable de la gestión de la calidad en salud o al responsable del proceso de la auditoría de la calidad de la atención en salud. Al concluir la auditoría interna, el Director o Jefe de la IPRESS, deberá disponer las acciones correctivas correspondientes, además elevará el informe final a la ANS/ARS, cuando haya sido dispuesta por ellos, en los plazos establecidos.

c. **La ANS/ARS a través de la unidad orgánica correspondiente, determinará si la auditoría de caso y el informe final cumplen con los requisitos de calidad de la Auditoría. De ser así, dará por aceptadas las conclusiones. En caso de rechazarla, podrá:**

a. Devolver el informe para su revisión y reformulación, por única vez, o,

b. Disponer una Auditoría Externa a cargo de otro Establecimiento de Salud, o servicio médico de apoyo, del mismo nivel o superior, o de un Comité Especial.

d. La ANS/ARS podrá disponer, de manera excepcional, una auditoría dirimente si sobre un incidente hay una auditoría interna y una auditoría externa, o dos auditorías externas, que cumplen ambos los requisitos de calidad de la auditoría, pero sus conclusiones no son coincidentes. La auditoría dirimente es una auditoría externa que realiza un Comité, convocado únicamente por la ANS/ARS. Es concluyente y la ANS/ARS la aceptará solo si el informe final cumple con los requisitos
de calidad de la auditoría. Si no los cumpliera, la ANS/ARS lo devuelve al comité para que subsanen las deficiencias y mejoren la calidad del informe.

e. El paciente puede solicitar una fotocopia del informe de auditoría de caso, en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, para los fines que estime pertinente.

f. Los informes de Auditorías de Caso serán remitidos por la IPRESS a las DIRESA/GERESA/DISA trimestralmente con información a la Dirección de Salud de la Marina. La Dirección General de Prestaciones en Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud es la entidad técnica y normativa del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud a nivel Nacional, y tiene la facultad de solicitar información sobre los procesos de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a las entidades públicas y privadas a nivel Nacional, consideradas en el ámbito de aplicación de la presente NTS.

XVI.- DE LA ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

El informe final de la auditoría de la calidad que se presenta a la IPRESS, tendrá la siguiente estructura :

1. **El ENCABEZADO:** contiene la consignación básica que identifica el informe, su destino, su origen y el asunto que lo motiva. Comprende:
   a. El número del informe final y la codificación de la auditoría; numeración correlativa, única e intransferible que lleva el comité de auditoría correspondiente a la IPRESS.
   b. El destinatario, corresponde al Director de la IPRESS.
   c. El remitente, corresponde a la denominación del comité de auditoría que presenta el informe final.

d. El asunto, corresponde a la auditoría de la calidad de la atención brindada al paciente identificado/a con un código (en resguardo de la confidencialidad), nombre del(de)los servicio(s) asistencial(es), código de RENIPRESS y categoría de la IPRESS, donde se brindó la atención a (la) paciente, y el número de historia clínica.

e. Referencia, corresponde al documento que le da origen, especialmente si se trata de una auditoría de caso.

f. Fecha del informe, que debe ser aquella en la que se concluye e idealmente la misma en que se presenta los resultados de la auditoría de la calidad.

2. **ANTECEDENTES**: Relato cronológico de los hechos que dan origen a la realización de la auditoría (la atención brindada, auditorías anteriores del caso y otros).
3. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA**: Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la IPRESS, del juez o autoridad competente).
4. **TIPO DE AUDITORÍA**: Clasificada según lo dispuesto en el presente manual.
5. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA**: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada a/la paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx).
6. **METODOLOGÍA**: La metodología recomendada por la presente norma es:
   - Reconstrucción documentada de los hechos y su cronología.
   - Análisis de la información disponible.
   - Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario).
   - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (eventos adversos graves).
   - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud auditados, identificando los hallazgos y las no conformidades.
7. **INFORMACIÓN CLÍNICA**: Resumen de la información concerniente a las prestaciones 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.
8. **HALLAZGOS**: Se consignan las no conformidades (Hallazgos=oportunidades de mejora), identificadas al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas

éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:

- **Sumilla:** Título de la No Conformidad.
- **Condición:** Descripción narrativa de la No Conformidad.
- **Criterio:** Dispositivo legal, normativa u otra disposición que debe aplicarse para brindar una atención.

Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos. Al término del desarrollo de cada hallazgo, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma, si corresponde; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.

9. **CONCLUSIONES**: Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados así como también se señala al personal (mediante códigos) que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.

10. **RECOMENDACIONES (acciones correctivas):** Describe las acciones de mejora a realizar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, para subsanar las causas de las no conformidades identificadas en la auditoría, entre otras. Toda recomendación debe señalar lo siguiente: Qué se debe realizar, quién lo va a realizar, y el plazo para realizarlo. También deben considerarse las oportunidades de mejora identificadas en la Auditoría, así como aquellas acciones o prácticas correctas identificadas, a fin que sean mantenidas o preservadas.

11. **FIRMAS**: Registro al pie del informe de los nombres y apellidos, sello y Nº de colegio profesional y del Registro Nacional de Especialista, así como el Registro Nacional de Auditor, si fuera el caso, de los miembros del Comité de Auditoría que participaron en la auditoría.

12. **ANEXOS:** Consigna la codificación de la auditoría, el número de historia clínica y el personal involucrado en el proceso de atención. En la auditoría de caso se debe identificar debidamente al personal involucrado en el proceso de atención, información que será de conocimiento del Director de la IPRESS.

XVII.- DE LOS REQUISITOS PARA EVALUAR EL INFORME FINAL DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Al evaluar el informe final de cada auditoría, debe verificarse el cumplimiento de los requisitos de calidad de la auditoría, que le dan la consistencia técnica al mismo, estos requisitos son:

a. **Observa la estructura del informe de Auditoría, contenida en el Anexo:** El contenido del mismo está orientado siempre a la mejora continua de los procesos, no a acciones de carácter punitivo.

b. **En relación a los hallazgos y conclusiones:**
   - Los hallazgos guardan coherencia con la(s) conclusión(es).
   - Cada conclusión deriva en una o más recomendaciones de mejora de los hallazgos.

c. **Cada recomendación consta de tres partes:**
   a. El cargo de la autoridad a la que va dirigida.
   b. Lo que se recomienda, precisando las acciones a seguir y
   c. El plazo que se otorga para el cumplimiento de la misma, con excepción de las actividades cuyos plazos están registrados en normas específicos.

   Este requisito implica que las conclusiones formuladas a partir de los hallazgos descritos, permiten corregir o mejorar los procesos vulnerables evidenciados por la auditoría de caso y además permiten evaluar el cumplimiento de las recomendaciones vertidas.

d. **El informe será redactado de forma ordenada, en lenguaje sencillo y objetivo.**
e. **El informe será integral (audita todos los aspectos pertinentes sobre el incidente clínico).**
f. **Utiliza todos los criterios de auditoría necesarios y pertinentes.**

XVIII. DE LOS PLAZOS PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

a. Las auditorías programadas deberán realizarse dentro de los tiempos planificados, no debiendo exceder en ningún caso de veinte (20) días hábiles.
b. Las auditorías de caso no podrán exceder los siguientes plazos, según corresponda: diez (10) días hábiles cuando se trate de una auditoría interna, y quince (15) días hábiles cuando se trate de una auditoría externa.

c. Cuando el informe final de una auditoría de caso sea rechazado, el comité dispondrá de cinco (05) días hábiles adicionales, por única vez, para reformularlo.
d. El comité responsable de realizar una auditoría dirimente, dispondrá de quince (15) días hábiles para emitir y presentar su informe final sobre la auditoría de caso que lo convoca.
e. Los plazos establecidos se cuentan a partir del acta de instalación del comité de auditoría; dicho comité para proceder a la instalación deberá tener a su disposición la historia clínica correspondiente o la copia fedateada y completa de la misma.
f. La IPRESS y el responsable de la unidad orgánica a cargo de la gestión de la calidad, son responsables de gestionar y entregar la historia clínica, o copia fedateada y completa de la misma, al comité de auditoría correspondiente, dentro de las (48) horas de dispuesta la auditoría de caso.
g. La IPRESS o la Autoridad de Salud Nacional o Regional (ANS/ARN), según corresponda, podrá disponer que la auditoría de caso se realice de manera sumaria, en un plazo que no exceda los siete (07) días hábiles, especialmente en los incidentes clínicos que impliquen un riesgo potencial o de un grave impacto en la Salud Pública.

XIX: DE OTROS ACTOS RELACIONADOS CON LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

El comando de la Unidad o Dependencia con IPRESS, tiene las siguientes responsabilidades respecto al procedimiento de las auditorías de la calidad de la atención en salud:

a. Asegurar los recursos adecuados para la operatividad de los comités de auditoría.
b. Disponer que los integrantes de los comités dediquen a las actividades de auditoría de la calidad de atención en salud, de acuerdo a la estructura orgánica de la IPRESS, un tiempo mínimo de:
   - Tres (03) horas semanales para IPRESS de Nivel I.
   - Seis (06) horas semanales para IPRESS de Nivel II y III, pudiendo ser más si así lo estima necesario.
   - Dicho tiempo será parte de la programación laboral mensual formal de los integrantes de los comités.
c. Promover y estimular la capacitación de los profesionales de la salud de la IPRESS en auditoría de la calidad de atención en salud.

d. Tomar conocimiento de las conclusiones emitidas en los informes de los comités de auditoría así como disponer la implementación de las recomendaciones.
e. Devolver el informe final cuando dicho informe no cumple con los requisitos de calidad de la auditoría.

XX. ANEXOS

ANEXO "A": SIGLAS PARA EL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD.

ANEXO "B": GUIA PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

XXI. APÉNDICES

APÉNDICE I: Simbología para diseño de flujograma.

APÉNDICE II: Formato matriz de priorización de problemas.

APÉNDICE III: Formato ejemplo diagrama de operaciones.

APÉNDICE IV: Formato ejemplo diagrama de causa efecto.

APÉNDICE V: Formato gráfico de Gantt.

APÉNDICE VI: Formato Hoja de control.

APÉNDICE VII: Formato ejemplo diagrama global de procesos.

APÉNDICE VIII: Formato ejemplo diagrama del árbol de problema.

ANEXO "A"

SIGLAS PARA EL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

DENOMINACIÓN	SIGLA	DENOMINACIÓN	SIGLA
Dirección de Salud de la Marina	DISAMAR	Dirección del Centro Médico Naval "CMST"	DICEMMNA
Director del Centro Médico Naval	DCMN	Director de la IPRESS	DIPRESS
Centro Médico Naval "CMST"	CMN	Secretaría de la IPRESS	SIPRESS
Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	OGCHS	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	JOGCHS
Representante del CMN	RCMN	Jefe de la IPRESS	JIPRESS
Jefe de Departamento	JD	Jefe del Servicio	JS
Jefe de la Oficina de Asesoría Legal	JOAL	Jefe de la Unidad	JU
Superintendencia Nacional en Salud	SUSALUD	Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	UGIPRESS
Institución Prestadora de Servicios de Salud	IPRESS	Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina	IAFAS
Presidente del Comité de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud primer nivel	PCCHS	Comité de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	CCHS
Jefe de Auditoría de la Calidad	JAC	Encargado del proceso de Auditoría de la Calidad	EPAC
Acción de Mejora	AM	Proyecto de Mejora Continua	PMC
Comité de Auditoría Médica	CAM	Comité de Auditoría en Salud	CAS
Registro Nacional de Auditor	RNA	Historia Clínica	Historia Clínica
Autoridad Nacional de Salud	ANS	Autoridad Regional de Salud	ARS

ANEXO "B"

GUÍA PARA LA SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

IPRESS						REFERENCIA JAN	
PERIODO	1ER TRIMESTRE		2DO TRIMESTRE		3ER TRIMESTRE		4TO TRIMESTRE
FECHA		HORA INICIO			HORA TERMINO		
SUPERVISADO	RESPONSABLE PROCESO AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD						

CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO (CC)			
(2) SI CUMPLE	(1) CUMPLE PARCIALMENTE	(0) NO CUMPLE	(NA) NO APLICA

Nº	CRITERIO DE SUPERVISIÓN	FUENTE VERIFICABLE (F)	C.C.	OBSERVACIÓN
I	DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD			
1.1	Legajo de entrega de cargo	Legajo		
1.2	Documento de nombramiento del responsable del proceso y de los integrantes de los comités de auditoría	Resolución Directoral Orden Interna		
1.3	Capacitación de los integrantes del proceso.	Constancia Lista asistencia Evidencias fotográficas		
1.4	Participación en la elaboración del plan anual del SGCS	Cronograma de actividades Acta de reunión Evidencias fotográficas		
1.5	Plan/cronograma de actividades del proceso de auditoría de la calidad de la atención en salud, aprobado con acto resolutivo y/o documento interno según nivel y categoría de la IPRESS	Resolución Directoral Orden Interna		

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "Cusco"
Héctor VELANDO Bejarano
00049500

II	DE LA EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO EN EL PLAN.			
2.1	Informe trimestral al DISAMAR del avance de ejecución del plan anual del SGCS.	**Oficio Memorándum**		
2.2	Difusión y socialización a todo el personal de la IPRESS, los resultados y normatividad vigente del proceso.	**Memorándum Lista asistencia Evidencias fotográficas**		
2.3	Reunión con el Director/Jefe de la IPRESS y el JOGCHS/CCCHS/EPACS para priorizar y coordinar las acciones de mejora relacionadas al proceso de auditoría.	**Acta de reunión Informe**		
2.4	Ejecuta las auditorías de la calidad de la atención en salud, programadas en el trimestre.	**Informe trimestral**		
2.5	Ejecuta todas las auditorías de caso requeridas.	**Oficio Informe Memorándum**		
2.6	Consolida en matriz, las oportunidades de mejora procedentes del proceso de auditoría y realiza el seguimiento.	**Matriz Informe Memorándum**		
2.7	Ha informado al DISAMAR, la subsanación de las observaciones emitidas por los organismos supervisores externos.	**Oficio Matriz Memorándum Informe**		

..... **ANTEFIRMA Y FIRMA** **RESPONSABLE DEL PROCESO DE LA IPRESS**	..... **ANTEFIRMA Y FIRMA** **RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN DE DISAMAR**

[illegible] fuente verificable, de no aplicar o no contar con ella explicar por qué en observaciones.

Apéndice "I"

FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

(Auditoría Programada)

Auditoría N° -20...

A: Director de la IPRESS

De: Equipo Auditor

Asunto: Auditoría de la Calidad de Atención en Salud brindada al paciente XX. N ° XX historia clínica del servicio XX.

Referencia: a)

Fecha del Informe:

1. **ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar qué documento origina la realización de la auditoría.
3. **TIPO DE AUDITORÍA:** clasifica a la Auditoría según el numeral 5.5.
4. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (E). atención brindada al paciente XX. en el establecimiento XX del día/mes/año al día/mes/año)
5. **METODOLOGÍA:** Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.
6. **INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
7. **HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:
   - Sumilla.
   - Condición.
   - Criterio.
8. **CONCLUSIONES:** La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. **ANEXOS.**

Apéndice "II"

FORMATO DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

(Auditoría de caso)

Auditoría Nº - -20__

A: Director de la IPRESS
De: Equipo Auditor
Asunto: Auditoría de la calidad de la atención en salud (Auditoría de Caso) brindada al paciente XX con Nº XX (Historia clínica del servicio XX.
Referencia: a)
Fecha del informe:

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

   Solo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia imputable o el debido sustento para los mismos.
   Al término del desarrollo de cada hallazgo, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.
8. **CONCLUSIONES:** Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados, así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose solo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del informe: Nombre, Sello, Nº de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. **ANEXOS:** Se consigna la codificación de la Auditoría. el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13. de la presente NTS.

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SNL (OI)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Alejandro
00069589

Apéndice "[redacted]"

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

IPRESS:		FECHA:	
UPSS:	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA	TRIMESTRE:	

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ	
NUMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	
DIAGNÓSTICO DEL AUA	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES					
2.1 FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio Actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de Identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de Instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSF"
Héctor VELANDO Bejarano

2.3 ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
2.3 EXAMEN CLÍNICO	**COMPLETO**	**INCOMPLETO**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				
2.4 DIAGNÓSTICOS	**COMPLETO**	**INCOMPLETO**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
2.5 PLAN DE TRABAJO	**COMPLETO**	**INCOMPLETO**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA
Interconsultas (a otros servicios dentro del establecimiento de salud pertinentes)	4	1	2	0	NA
Referencias a otros establecimientos de salud.	4				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.	4	1	2	0	NA
Fecha de próxima cita.	2				NA
SUBTOTAL	24				

2.6 TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes	4	2		0	NA
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	NA
Consigna presentación	2			0	NA
Dosis del medicamento	2			0	NA
Vía de administración	2			0	NA
Frecuencia del medicamento	2			0	NA
Duración del tratamiento	1	0.5		0	NA
SUBTOTAL	17				
2.7 ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	**COMPLETO**	**INCOMPLETO**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Se cuenta con Formatos de Atención integral por etapas de vida (Primer Nivel de Atención)	2	1		0	NA
Pulcitud	1			0	
Letra legible	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
Sello y firma del médico tratante	2	1		0	
SUBTOTAL	7				
SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN	10	5		0	NA
TOTAL	100				

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

III.- NO CONFORMIDADES

IV.- CONCLUSIONES

V.- RECOMENDACIONES

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Belarano

Apéndice "IV"

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN LA UPSS CONSULTA EXTERNA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
AUDITORÍA POR DIAGNÓSTICO	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo o auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa
	Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la ficha completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.
II) OBSERVACIONES:	
2.1 FILIACIÓN	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa.
	No existe: No se registran los datos
2.2 ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención. Incompleto Se consigna solamente fecha u hora de atención. No existe: no se registran los datos.

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
(Héctor VELANDO Bejarano
08069580

MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra estos datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta. No existe: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo. Claro, coherente, en orden cronológico, consigna características de los signos y síntomas, motivos de consulta referentes a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico, etc. Incompleto: no se consigna en orden cronológico adecuado, no se indaga por características de los signos y síntomas ni por factores u otros signos y/o síntomas asociados que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el dato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, que contribuyan al diagnóstico del caso Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.
ANTECEDENTES	
FISIOLÓGICOS, PATOLÓGICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial. No existe: no se registran los datos correspondientes.
2.3 EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite). Incompleto: No se registran los datos completos. No existe : no se registra ningún dato
PESO , TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables. Incompleto. Se registran de manera parcial No existe: No se registran los datos
ESTADO DE HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA, PIEL Y ANEXOS	Completo: Se registran estos datos como parte del examen físico general, los cuales contribuyan al diagnóstico. Incompleto: No se registran los datos que contribuyan al diagnóstico. No existe: No se registra ningún dato sobre el particular.
EXAMEN FÍSICO REGIONAL DIRIGIDO	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis Incompleto: Se registra de manera incompleto las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
2.4 DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo Se registran todos los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico, Incompleto: No se registran todos los diagnósticos presuntivos de acuerdo a la anamnesis y al examen clínico. No existe: No se registran / No concordante con la anamnesis y el examen clínico

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Completo: Se registran todos los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. Incompleto: No se registran todos los diagnósticos definitivos de acuerdo a la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No existe: No se registra / No concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código Internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: No se registra el CIE 10 en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.
2.5 PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: Se solicitan además de los necesarios, exámenes de patología clínica no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de patología clínica de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se solicitan todos los exámenes de diagnósticos por imágenes necesarios para confirmación diagnóstica como para control. En exceso: se solicitan además de los necesarios exámenes de diagnóstico por imágenes no concordantes con las presunciones diagnósticas y/o las necesidades de exámenes de control. No existe: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes, de corresponder y/o no son concordantes con los diagnósticos presuntivos y/o las necesidades de exámenes de control.
INTERCONSULTAS	Completo. Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se solicitan todas las interconsultas necesarias / no se solicitan oportunamente. En exceso: se solicitan además de las necesarias interconsultas que no corresponden. No existe: no se solicitan las interconsultas necesarias y/o no son concordantes con la anamnesis, exámenes clínicos y diagnósticos presuntivos y definitivos.

REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contra referencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contra referencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos o su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico. Incompleto: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente. En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden. No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
FECHA DE PRÓXIMA CITA	Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder
2.6 TERAPEÚTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes al tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría. No existe: No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con el/los diagnósticos establecidos.
2.7 ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FORMATOS DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA (APLICABLE AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)	Completo: la Historia Clínica contiene los Formatos de Atención Integral por Etapa de Vida correspondiente y se encuentran correctamente llenados. Incompleto: La historia clínica contiene los Formatos de Atención Integral por etapa de vida pero no se encuentran correctamente llenados. No existe: la Historia Clínica no contiene los formatos de atención integral por etapas de vida.
PULCRITUD	Completo: La historia clínica se encuentra limpia, ordenada, sin enmendaduras. No existe: No cumple con el estándar.
LEGIBILIDAD	Completo: Letra legible y clara en la historia clínica. No existe: No se cumple con el estándar.
NO USO DE ABREVIATURAS	Completo: No uso de abreviaturas en la historia clínica. No existe: no se cumple con el estándar
IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Completo: se consigna la firma y sello del médico que prestó la atención. Incompleto: se consigna solamente la firma o el sello del médico que prestó la atención. No existe: no se consignan los datos.

EVOLUCIÓN	
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA EVOLUCIÓN (Aplicable en auditoría por diagnóstico en el cual se haya realizado más de una consulta)	Completo: Evolución de signos y síntomas. Toma adecuada de medidas terapéuticas de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso. Incompleta: se toman las medidas terapéuticas, de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia de acuerdo a la evolución del caso o a intercurrencias pero de manera parcial /no oportunas. No existe: no se toma ninguna medida terapéutica de solicitud de apoyo diagnóstico y/o referencia necesaria de acuerdo a la evolución o a intercurrencias del caso.
CÁLCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSIÓN	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Apéndice "V"

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

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
2.1 SITUACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y Nº Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio Actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de Identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN, (S)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMN"
Héctor VELANDO Bejarano

2.2 ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		
2.3 EXAMEN CLÍNICO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos	2	0	0
Examen Clínico Regional	4	0	0
SUBTOTAL	10		
2.4 DIAGNÓSTICOS	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
2.5 PLAN DE TRABAJO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	0
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	0
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de Interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN, (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano

2.4 ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e Indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
2.5 TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		
2.6 NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
2.9 REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA
SUBTOTAL	3		NA

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN. [illegible]
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Belaúnde

II-10 ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		

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

III- NO CONFORMIDAD:

IV- CONCLUSIÓN:

V- RECOMENDACIONES:

Apéndice "VI"

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN LA UPSS EMERGENCIA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
2.1 FILIACIÓN	Datos que deben registrarse al momento de abrir la historia clínica. Se asignará un puntaje de 0.5 a cada ítem, y la ausencia de alguno de ello se califica como No Conforme. Si el paciente es NN se califica No Aplica.
2.2 ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Conforme: Se registra fecha y hora de la atención. No conforme: no se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Conforme: Signos y síntomas principales motivos de la evaluación por emergencia. No conforme: no se registra el/los datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Conforme: Se consigna el tiempo que refiere el paciente y/o acompañantes de iniciados los signos y síntomas y/o de la ocurrencia de los sucesos que motivan la atención por emergencia. No Conforme: No se registra el dato.
RELATO CRONOLÓGICO	Conforme: Claro, consigna características de los signos, síntomas y eventos relacionados con los motivos de atención por emergencia. No Conforme: no se registra/no está redactado de manera coherente/no está relacionado con los signos y síntomas principales.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Conforme: Se registran los datos referentes a variaciones en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y peso. No conforme: se registran en forma parcial o no hay registro de los datos.
ANTECEDENTES	Conforme: Se registran los antecedentes personales fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes según la anamnesis y que contribuyan a la orientación diagnóstica y/o terapéutica. No Conforme: No se registran los datos correspondientes.

2.3 EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Conforme: Se registran los datos referentes a Temperatura (T°), frecuencia respiratoria(FR), frecuencia cardiaca(FC), Presión arterial (PA). (la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse No Conforme: No se registra ningún dato o se registra de forma parcial.
ESCALA DE GLASGOW	Conforme: se registra en pacientes con deterioro del nivel de conciencia. No conforme: no se registra el dato cuando corresponda.
PESO	Conforme: Se registra el peso en población pediátrica excepto cuando el estado clínico del paciente no lo permita. No conforme: No se registra el dato correspondiente cuando corresponda
ESTADO DE GRAVEDAD, POSTURA, HIDRATACIÓN, ESTADO DE NUTRICIÓN, NIVEL DE CONCIENCIA, PIEL Y ANEXOS.	Conforme: Se registran estos datos como parte del examen físico general. No conforme: No se registran los datos o no se registran los prioritarios según la anamnesis.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Conforme: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional por aparatos y sistemas priorizados según la anamnesis. No conforme: No se registran los datos sobre el examen clínico regional o no se evalúan los aparatos y sistemas pertinentes según anamnesis.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Conforme: Se registran los diagnósticos presuntivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. No conforme: No se registran los diagnósticos presuntivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Conforme: Se registran los diagnósticos definitivos concordantes con la anamnesis, el examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico. No conforme: No se registra o no es concordante con la anamnesis, examen clínico y/o resultado de exámenes de apoyo al diagnóstico.
CIE 10	Conforme: Se registra de manera correcta el Código Internacional de enfermedades (CIE 10) en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. No conforme: No se registra el CIE 10 en los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados.
2.4 PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO)	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de apoyo al diagnóstico.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Conforme: Se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según el caso. No Conforme: No se solicitan los exámenes de apoyo al diagnóstico, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados. No aplica: el caso no amerita exámenes de diagnóstico por imágenes.
PROCEDIMIENTOS	Conforme: Se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios, según el caso. No conforme: No se solicitan los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, se solicitan de manera parcial o no son concordantes con los diagnósticos planteados.

INTERCONSULTAS SOLICITADAS	Conforme: Se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No Conforme: No se solicita la/las interconsultas necesarias según el caso. No aplica: El caso no amerita interconsultas.
REFERENCIAS	Conforme: Se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva según el caso. No Conforme: No se realizan las referencias para apoyo al diagnóstico y/o transferencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva según el caso. No aplica: el caso no amerita referencias.
RESULTADOS DE EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados se encuentran anexados a la historia clínica. No Conforme: Los resultados de los exámenes de Apoyo al diagnóstico solicitado no se encuentran anexados a la historia clínica.
RESPUESTA A INTERCONSULTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Hojas de interconsulta con la respuesta a la interconsulta se encuentran anexadas a la historia clínica. No Conforme: Las respuestas a las interconsultas no se encuentran anexadas a la historia clínica.
TRATAMIENTO	Conforme: Se prescribe el tratamiento concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados y se consignan los ítems señalados en la "Ficha de auditoría de calidad de atención de emergencia". No conforme: No se registra el tratamiento prescrito o no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados.
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	Conforme. Registran datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (alta, observación, hospitalización, morgue) No conforme: No registran datos señalados o se registran de forma parcial.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Conforme: La historia cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No Conforme: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.
2.5 SE APLICA A PACIENTE QUE SE QUEDA EN OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Conforme: Se registran los ítems señalados en la ficha de auditoría (10) No conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial.
TRATAMIENTO EN OBSERVACIÓN (HOJA TERAPÉUTICA)	Conforme: Concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7) No Conforme: No se registran los ítems señalados o se registran de manera parcial/el tratamiento no es concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos. En cuanto a Medidas Generales se refiere a dieta, posición, reposo, etc.
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA *	Conforme: La Historia clínica cuenta con los ítems señalados según corresponde, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación realizada a las fichas. Correspondientes No Conforme: No se registran los ítems señalados en la Ficha de auditoría o no se encuentran correctamente llenados.

* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará los formatos correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es: "por mejorar o satisfactorio".
CALCULO DE PUNTAJE
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.
NO CONFORMIDAD
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
CONCLUSIÓN
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS
RECOMENDACIONES
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.

Apéndice "VII"

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

IPRESS		FECHA	
UPSS	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN	TRIMESTRE	

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

II. OBSERVACIONES					
ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
2.1 FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y Nº de Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio Actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de Identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
Fecha de ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				

2.2 ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				
2.3 EXAMEN CLÍNICO	**COMPLETA**	**INCOMPLETA**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA).	1			0	
Peso ,Talla , IMC	1			0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1			0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	7				
2.4 DIAGNÓSTICOS	**COMPLETA**	**INCOMPLETA**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
a) Presuntivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente y concordante.	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4	2		0	
SUBTOTAL	20				
2.5 PLAN DE TRABAJO	**COMPLETA**	**INCOMPLETA**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Exámenes de Patología Clínica pertinentes					
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes					
Interconsultas pertinentes					
Referencias Oportunas					
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes.					
SUBTOTAL					

2.6 TRATAMIENTO	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordante con Denominación Común Internacional (DCI)	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
2.7 NOTAS DE EVOLUCIÓN	**COMPLETA**	**INCOMPLETA**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Fecha y hora de evolución	0.5			0	
Apreciación subjetiva	0.5			0	
Apreciación objetiva	0.5			0	
Verificación del tratamiento y dieta	0.5			0	NA
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario.	0.5			0	
Plan diagnóstico	0.5				NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5				
SUBTOTAL	4				
2.8 REGISTROS ENFERMERÍA / OBSTETRICIA	**COMPLETO**	**INCOMPLETO**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1				
SUBTOTAL	6				

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Nación VELANDO Bejarano

2.9 ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
2.10 ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	**COMPLETA**	**INCOMPLETA**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
2.11 FORMATOS ESPECIALES	**COMPLETA**	**INCOMPLETA**	**EN EXCESO**	**NO EXISTE**	**NO APLICA**
Formato de Interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica	0.5			0	NA
lista de verificación de seguridad de la cirugía	1			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA
Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	**100**				

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

CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
III.- NO CONFORMIDADES	
IV.- CONCLUSIONES	
V.- RECOMENDACIONES	

..

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VILLANDO Balarezo
00069589

Apéndice "VIII"

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN LA UPSS HOSPITALIZACIÓN

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de ellos auditores
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina. Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	Fecha de la atención.
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica.
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo.
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Se registra en la historia clínica cada uno de los datos correspondientes a la filiación, son en número de 18 en la ficha de hospitalización. No existe: No se registran los datos.
SIGNOS Y SÍNTOMAS PRINCIPALES	Completo: Se registran los signos y síntomas principales, que caracterizan la enfermedad actual. No existe: no se registran ellos datos o no es concordante con el relato cronológico.
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Completo: Se consigna el tiempo que refiere el paciente como inicio de la presentación de los signos y síntomas motivos de consulta No existe: No se registra el dato.
FORMA DE INICIO	Completo: Se registra la forma de inicio de la enfermedad (brusco, insidioso). No existe: No se registra en la historia clínica.
CURSO DE LA ENFERMEDAD	Completo: Se registra el curso de la enfermedad (progresivo, intermitente, estacionario). No existe: No se registra en la historia clínica.
RELATO CRONOLÓGICO	Completo: Se registra un relato claro, coherente, en orden cronológico, consigna los signos y síntomas motivo de consulta referente a ubicación anatómica, forma de presentación relación con factores precipitantes, indagación de otros signos y síntomas asociados que contribuyan al diagnóstico. Incompleto: El relato no se registra en orden cronológico, forma adecuada, los signos y síntomas n que puedan contribuir al diagnóstico. No existe: no se registra el relato.
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Completo: Se registran los datos referentes a variaciones o no en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones. Incompleto: Se registran solo algunas variables. No existe: No se Registra ningún dato.

ANTECEDENTES	Completo: Se registran los antecedentes positivos y negativos: personales generales, hábitos nocivos, inmunizaciones, alergias, antecedentes personales fisiológicos, antecedentes obstétricos en sexo femenino, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares. Incompleto: Se registran de manera parcial los antecedentes. No existe: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), (la P.A en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite) Saturación de oxígeno (Sat O2), de requerirse.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra en forma incompleta.
PESO, TALLA	Completo: Se registran los datos de las variables.
	No existe: No se registran los datos o se registran de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO GENERAL	Completo: Se registran este dato estado de gravedad, facies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis.
	No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total.
	Incompleto: se registran en forma parcial.
	No existe: No se registran.
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. No existe: No se registra.
CIE 10	Completo: Se registra de manera correcta el Código internacional de enfermedades (CIE 10) en todos los diagnósticos presuntivos y/o definitivos Incompleto: Se registra el CIE 10 en forma parcial los diagnósticos presuntivos y/o definitivos consignados. No existe: No se registran CIE 10.

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta ...
Jefe de la Secretaría de la Dirección del Centro Médico Naval "Cmdte. Héctor VELARDE Bejarano"
000668

PLAN DE TRABAJO	
EXAMENES DE PATOLOGÍA CLÍNICA (LABORATORIO)	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC).Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de patología clínica necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de patología clínica.
EXAMENES DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica (GPC). Completos: cuando se solicitan todos los exámenes de diagnóstico por imágenes necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los exámenes de necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros exámenes no concordantes. No existen: no se solicitan exámenes de diagnóstico por imágenes.
INTERCONSULTAS	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordantes con la Guía de Práctica Clínica. Completos: cuando se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todas las interconsultas necesarias según la GPC. En exceso: se solicitan además de las pertinentes, otras no concordantes. No existen: no se solicitan interconsultas.
REFERENCIAS	Oportunas: Las referencias se realizan en el momento adecuado o conveniente, según las Guías de Práctica Clínica y normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrareferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS	Pertinentes: Correspondientes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez con la anamnesis, el examen clínico y concordante con la Guía de Práctica Clínica (GPC).Completos: cuando se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. Incompletos: cuando no se solicitan todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios según la GPC. En exceso: se solicitan además de los pertinentes, otros no concordantes. No existen: no se solicitan.
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos y con la Guía de Práctica Clínica. Se registran en su totalidad los ítems señalados en la Ficha de Auditoría (7). Incompleto: Se prescribe el tratamiento de manera parcial y/o no se registran en su totalidad los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existe: No se registra los ítems señalados o no es coherente con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
NOTAS DE EVOLUCIÓN	Completas: Se registran todos los ítems señalados en la ficha de auditoría (8) y consigna funciones vitales e información sobre procedimientos realizados. Incompletas: Se registran de forma parcial los ítems señalados, en el puntaje se colocará la suma de los ítems registrados. No existen: No se registran los datos señalados o no son concordantes con el caso.

REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA *	Completo: Cuenta con los ítems señalados según corresponda, y los mismos se encuentran correctamente llenados según la evaluación correspondiente. No existe: No cuenta con los ítems señalados o no se encuentran correctamente llenados.
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	Completo: Se registran los datos correspondientes a la prescripción de medicamentos, cuidados generales e indicación de evaluación por consulta externa y/o destino (alta, observación, hospitalización, Morgue) y cuenta con epicrisis. No existe: No se registran los datos señalados.
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Completo: la Historia Clínica cumple con los atributos señalados y se registra la identificación del médico tratante mediante sello y firma del mismo. No existe: La historia clínica no cumple con los atributos señalados.
FORMATOS ESPECIALES	Se evaluarán los formatos especiales y se otorgará el puntaje correspondiente a completo, si los formatos se encuentran correctamente llenados.

* En el caso de evaluación de formatos anexos a la historia clínica como kardex, hoja de funciones vitales, balance hídrico, se aplicará las fichas de evaluación correspondientes, y se otorgará puntaje como conforme en la Ficha de auditoría de emergencia, solamente si la calificación resultado de la evaluación de los mencionados formatos es. "por mejorar o satisfactorio".

CALCULO DE PUNTAJE

EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100

EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO CONFORMIDAD

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

CONCLUSIÓN

OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS

RECOMENDACIONES

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

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

Apéndice "IX"

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

IPRESS		FECHA	
UPSS	EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	TRIMESTRE	

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NUMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES

2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y Nº SEGURO	1	0	
Nº HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
Nº DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PESO (Según sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
SUBTOTAL	13		

2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL	6	0	NA
VIA PARENTERAL	6	0	NA
AGUA DE OXIDACIÓN	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	NA
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS:			

DIURESIS	6	0	
DEPOSICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
TOTAL DE EGRESOS	6		
BALANCE TOTAL	11		
SUBTOTAL	77		
2.3 CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE	2	0	
PULCRITUD	2	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO U OBSTETRA	4	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	10		
TOTAL	100		

CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIONES

Apéndice "X"

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/OBSTETRICIA		
La Ficha es un instrumento para auditar la hoja de balance hídrico elaborado por Obstetra u enfermera.		
La aplicación de la ficha se realizara por balance (24 horas).		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0.		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de el/los auditores	
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica.	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/OBSTETRICIA	Registro de matrícula del Colegio profesional.	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la HC.	
CIE 10		
VARIABLES	**CONFORME**	**NO CONFORME**
2.1 DATOS DE FILIACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y Nº SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Nº HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO / PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Nº DE CAMA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO (Según sistema del servicio)	Registra dato	No registra dato
FECHA	Registra dato	No registra dato

2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO		
REGISTRA LOS INGRESOS:		
VÍA ORAL /ENTERAL	Registra dato	No registra dato
VÍA PARENTERAL	Registra dato	No registra dato
AGUA DE OXIDACIÓN	Registra dato	No registra dato
TRANSFUSIONES	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE INGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
REGISTRA LOS EGRESOS:		
DIURESIS	Registra dato	No registra dato
DEPOSICIONES	Registra dato	No registra dato
VÓMITOS	Registra dato	No registra dato
PERDIDAS INSENSIBLES	Registra dato	No registra dato
OTROS EGRESOS	Registra dato	No registra dato
TOTAL DE EGRESOS	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
BALANCE TOTAL	Registra sumatoria correcta	Dato no registrado o incorrecto
2.3 CALIDAD DEL REGISTRO:		
REGISTRO LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrones y/o enmendaduras
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO/ OBSTETRA	Sello y firma del que cierra el balance que debe ser al finalizar el turno noche	Sin sello y/o firma
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial: Azul de día (mañana y tarde). Rojo de noche	No usa color oficial
CÁLCULO DE PUNTAJE:		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSIÓN		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

Apéndice "XI"

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES ENFERMERÍA

IPRESS		FECHA	
UPSS	EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA	TRIMESTRE	

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NUMÉRO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

II) OBSERVACIONES			
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y Nº SEGURO. REGISTRO	1	0	
Nº HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
Nº DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1		
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	7	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	7	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	7	0	
REGISTRA TEMPERATURA	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	7	0	

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (U)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Bejarano
00089589

CONTENIDO DEL REGISTRO (CONTINUA)			
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/ MIN.	7	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	7	0	
SUBTOTAL	56		
2.3 OTROS REGISTROS			
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	4	0	
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGIA)	3	0	NA
PESO	4	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS	4	0	
SUBTOTAL	27		NA
2.4 CALIDAD DEL REGISTRO			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMIENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	6		
TOTAL	100		

2.5 CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIONES

Apéndice "XII"

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES ENFERMERÍA

FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
Miembros del comité de auditoría	Nombres completos de el/los auditores	
Número de auditoría	Número de auditoría realizada	
Fecha de auditoría	Fecha en que se realiza la auditoría	
Servicio auditado	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
Asunto	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
Fecha de la atención brindada	Fecha de la atención.	
Codificación de la historia clínica	Colocar el número de la Historia Clínica.	
Codificación del profesional	Registro de matrícula del Colegio profesional.	
Diagnóstico	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la H.C.	
CIE 10		
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
Nombres y apellidos	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Tipo y N° seguro, registro	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Número de historia.	Registra los datos completos	No registra dato
Servicio/Piso/ Unidad	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° de cama	Registra los datos completos	No registra dato
Fecha de ingreso del paciente	Registra dato	No registra dato
Estancia	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que la paciente está hospitalizado independiente del servicio)	No registra dato
Sexo	Registra dato	No registra dato
Edad	Registra dato	No registra dato
2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO		
Registra frecuencia cardiaca	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registra frecuencia respiratoria	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
Registra presión arterial	Registra dato	No registra dato
Registra temperatura	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato

"ES COPIA FIEL"
Cumplimiento de Carpeta Sal. 10, 15 de la Secretaría de la Dirección del Centro Médico Naval "CMST" Héctor VELANDO Delgado
00069 SR9

CONTENIDO DEL REGISTRO (CONTINUA)		
Registro basal de la temperatura en 36 °C	Registra dato	No registra dato
Registro basal de frecuencia cardiaca en 60 por min.	Registra dato	No registra dato
Registro basal de frecuencia respiratoria 12 por min.	Registra dato	No registra dato
Registra trazado lineal (color rojo en 37°C)	Registra dato	No registra dato
2.3 OTROS REGISTROS		
Registra operación y días post operatorios si el caso requiere	Registra dato	No registra dato
Registra total de egresos en 24 horas (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	Registra dato	No registra dato
Registra días de menstruación (ginecología)	Registra dato	No registra dato
Peso	Registra dato	No registra dato
Talla	Registra dato	No registra dato
Registro de alergias medicamentosas	Registra dato en color rojo	No registra dato
Registra componentes sanguíneos	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
2.4 CALIDAD DEL REGISTRO		
Letra y números legibles	Legible	No legible
No borrones ni enmendaduras	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendadura
Uso de lapicero de color oficial (azul y rojo)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardiaca y picos febriles)	No usa color oficial
2.5 CÁLCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSIÓN		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

Apéndice "XIII"

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

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y Nº SEGURO	1	0	
Nº HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
Nº DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
PESO	1	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	1	0	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	1	0	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
SUBTOTAL	12		
2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
FECHA	7	0	
HORA	7	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	7	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VIA, MEDICAMENTO, HORA	16	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	7	0	

CONTENIDO DEL REGISTRO (CONTINÚA)	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	7	0	
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	7	0	
FECHA Y HORA DE CITA	7	0	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	16	0	
SUBTOTAL	81		
2.3 ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	1	0	
PULCRITUD	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	3	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	7		
TOTAL	100		

2.4 CALIDAD DEL KARDEX	CALIFICATIVO
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento "/", Suspensión "//", no cumplimiento "0")	30
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS	35
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTERCONSULTA SOLICITADA	35
TOTAL	100

2.5 CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III. NO CONFORMIDAD

IV. CONCLUSIÓN

V. RECOMENDACIONES

Apéndice "XIV"

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

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
0 DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA	Nombres completos de otros auditores	
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría aplicada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y Nº SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Nº HISTORIA		
SERVICIO / PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Nº DE CAMA	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato	No registra dato
2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato

CONTENIDO DEL REGISTRO (CONTINUA)		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato
HORA	Registra dato (hora de administración del medicamento, exámenes, interconsultas, otros)	No registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.	Registra datos incompletos
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
FECHA Y HORA DE CITA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
2.3 ATRIBUTOS DEL REGISTRO	**CONFORME**	**NO CONFORME**
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
2.4 CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS. Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ITEMS. POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEM		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSIÓN		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR. Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

Apéndice "XIV"

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

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NUMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	

2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
SEXO	2	0	
EDAD	2	0	
TIPO Y Nº SEGURO, REGISTRO.	2	0	
Nº HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
Nº DE CAMA	2	0	
SUBTOTAL	14		

2.2 CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERÍA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA

CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
SUBTOTAL	**81**		
2.3 ATRIBUTOS DEL REGISTRO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	1		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)	2		
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
2.4 CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO	30		
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS	35		
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO	35		
TOTAL	100		

2.5 CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIONES

Apéndice "XV"

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

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de ellos auditores	
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoria realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SEXO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y Nº SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Nº HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
Nº DE CAMA	Registra dato	No registra dato
2.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	Registra dato	No registra dato

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME
REGISTRA LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	Registra dato	No registra dato
2.3 ATRIBUTOS DEL REGISTRO	**CONFORME**	**NO CONFORME**
LETRAS LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
2.4 CÁLCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
CALIDAD DEL KÁRDEX: VALORACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PERMITE CALIFICAR EL USO Y CALIDAD DEL REGISTRO DEL KÁRDEX. SE CONSIDERA SATISFACTORIO CUANDO CUMPLE LOS TRES ÍTEMS, POR MEJORAR CUANDO CUMPLE CON DOS ÍTEMS Y DEFICIENTE CUANDO CUMPLE CON UN SOLO ÍTEM.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSIÓN		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SNL (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VERANDO Bejarano
00042569

Apéndice "XVI"

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA

IPRESS:		FECHA:	
UPSS:		TRIMESTRE:	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
ASUNTO			
FECHA DE AUDITORÍA			
NUMERO DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE			
DIAGNÓSTICOS			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
2.1 FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN DE LA PACIENTE	5	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	5	0	
MEMBRANAS ROTAS	5	0	NA
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	
CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	5	0	
MOLDEAMIENTO DEL POLO CEFÁLICO FETAL	5	0	
DILATACIÓN CERVICAL	5	0	
DESCENSO CEFÁLICO	5	0	
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	5	0	
USO DE OXITOCINA	5	0	NA
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	5	0	NA
PRESIÓN ARTERIAL	5	0	
PULSO	5	0	
TEMPERATURA	5	0	
PROTEÍNAS, CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA	5	0	NA
SE ANOTO FECHA Y HORA DEL PARTO	5	0	

FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
SE ANOTÓ PESO TALLA Y APGAR	5	0	
SE ANOTÓ TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	5	0	
SUBTOTAL	10		
2.2 ATRIBUTOS DEL PARTOGRAMA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	4	0	
PULCRITUD	3	0	
LEGIBILIDAD	3	0	
SUBTOTAL	10		
TOTAL	100		
2.3 CALIDAD DE ATENCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	20	0	
EVOLUCIÓN DEL PARTO	30	0	
TOMA DE DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASÓ LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO	40	0	NA
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA OMS	10	0	
TOTAL	100		

2.4 CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIONES

"ES COPIA FIEL"

Jefe de la Secretaría de la Dirección del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO [illegible]

Apéndice "XVII"

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoria realizada
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Auditoría de Ficha de Partograma
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICO(S)	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
2.1 FILIACIÓN	Conforme: Se Registran los datos correspondientes a: Nombres y apellidos de la paciente, Gravidez, Paridad, Número de Historia Clínica. No conforme: No se registran los datos
FECHA Y HORA DE INGRESO	Conforme: Se registra la fecha y Hora de ingreso No conforme: No se registran los datos
MEMBRANAS ROTAS	Conforme: Se registra el tiempo de membranas rotas No conforme: No se registran los datos
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Conforme: Se registra la frecuencia cardiaca fetal cada 30 minutos. No conforme: No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
LIQUIDO AMNIÓTICO	Conforme: Se registra el color del líquido amniótico en cada examen vaginal, según la siguiente nomenclatura: I: membranas intactas. R: momento de la rotura de las membranas C: membranas rotas, líquido claro. M: líquido meconial, S: líquido sanguinolento. No conforme: No se registran los datos.
MOLDEAMIENTO	Conforme: Se registran los datos referente al moldeamiento del polo cefálico fetal según lo siguiente: 1: suturas lado a lado 2: Suturas superpuestas pero reducibles. 3: Suturas superpuestas pero no reducibles. No conforme: No se registran los datos.
DILATACIÓN CERVICAL	Conforme: Se marca con una "X" la dilatación del cuello uterino cada hora a partir de los 4 cm de dilatación según la hora de evaluación. No conforme: No se registran los datos.

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN, (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VILLANUEVA Peñarrano
00069589

FILIACIÓN	Conforme: Se Registran los datos correspondientes a: Nombres y apellidos de la paciente, Gravidez, Paridad, Número de Historia Clínica. No conforme: No se registran los datos
DESCENSO DEL POLO CEFÁLICO	Conforme: Se registra con un círculo "O" en cada examen vaginal. Si se realiza por palpación abdominal, se registrará, según lo siguiente: 5/5: Completamente por encima del pubis. 4/5: sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente. 3/5: sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente. 2/5: sincipucio se siente, occipucio casi se siente. 1/5: sincipucio se siente, occipucio no se siente. 0/5 la cabeza no es palpable. No conforme: No se registran los datos
FRECUENCIA Y DURACIÓN DE CONTRACCIONES UTERINAS	Conforme: Se grafica cada media hora contando el número de contracciones en 10 minutos, se consigna además la duración de las mismas, según lo siguiente: Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado. Entre 20 y 40 segundos: Cuadrilátero con líneas oblicuas. Más de 40 segundos: Cuadrilátero oscuro. No Conforme: No se registra el dato o no se realiza según la periodicidad señalada.
USO DE OXITOCINA	Conforme: Se registra la cantidad de oxitocina por volumen de líquido EV. En gotas por minuto cada 30 minutos, cuando se utilice. No conforme: No se registra el dato cuando se utiliza oxitocina. No Aplica : No se utiliza oxitocina
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS	Conforme: Se registran los datos referentes a las drogas y líquidos adicionalmente utilizados. No conforme: No se registran los datos. No Aplica : No se utiliza medicamentos adicionales
PRESIÓN ARTERIAL	Conforme: Se registra la presión arterial cada 4 horas con puntas de flechas. No conforme: No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
PULSO	Conforme: Se registra cada 30 minutos. No conforme: No se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
TEMPERATURA	Conforme: se registra cada 02 horas. No conforme: no se registra el dato o no se realiza con la periodicidad señalada.
PROTEINAS CETONAS Y VOLUMEN DE ORINA	Conforme: Se registran los datos referentes a proteínas, cetonas y volumen de orina cuando exista indicación. No conforme: no se registran los datos de corresponder. No aplica: No existe indicación
FECHA Y HORA DEL PARTO	Conforme: Se registra la fecha y hora del parto. No conforme: No se registran los datos.
PESO,TALLA Y APGAR	Conforme: Se registra el peso, talla y puntaje de APGAR del recién nacido. No conforme: No se registra los datos.
TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	Conforme: Se registran los datos correspondientes a la duración del parto señalando de manera diferenciada los tiempos correspondientes al 1er, 2do y 3er periodo. No conforme: no se registran los datos correspondientes a la duración de los 03 periodos del parto o se realiza de forma incompleta.
2.2 ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	Conforme: Se registra la firma y sello del médico u obstetra tratante. No conforme: se registra solamente sello o firma del médico u obstetra tratante o no se registra ninguno de los datos
PULCRITUD	Conforme: El formato del Partograma se encuentra limpio, ordenado, sin enmendaduras. No conforme: no se cumple con lo señalado.

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	
LEGIBILIDAD	Conforme: Se utiliza letra legible en el registro del Partograma. No conforme: letra ilegible en el registro del Partograma.
2.3 CALIDAD DE ATENCIÓN	
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	Gráfica continua desde el inicio de la fase activa hasta el expulsivo
EVOLUCIÓN DEL PARTO	Evolución del Parto adecuada: La curva de alerta no se toma estacionaria. Frecuencia Cardiaca fetal se encuentra entre 120-160 Descenso cefálico es paralelo a la dilatación cervical 1.2 a 1.5 cm por hora.
SE TOMO LA DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO LA LÍNEA DE ACCIÓN O ANTE UNA ALTERACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL PARTO	Se toman las decisiones terapéuticas médicas y/o quirúrgicas de acuerdo a la evolución del parto.
REFERENCIA Y/O INTERCONSULTA OPORTUNA	Se realizan las interconsultas y/o referencias oportunas de acuerdo a la evolución del parto.
APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA COMO INDICA LA OMS	Se cumple con el llenado correcto del Partograma según los parámetros de confiabilidad establecidos.
2.4 CÁLCULO DE PUNTAJE:	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD:	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSIÓN:	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES:	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORÍA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

"ES COPIA FIEL"

Apéndice "XVIII"

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

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
ASUNTO			
FECHA DE AUDITORÍA			
NUMERO DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL OBSTETRA			
DIAGNÓSTICOS			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA DE INGRESO	1	0	
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y Nº SEGURO	1	0	
Nº HISTORIA.	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
Nº DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
DIAGNÓSTICOS	2	0	
ALERGIA A MEDICAMENTOS	2	0	
SUBTOTAL	12		
2.2 INDICACIONES TERAPÉUTICAS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA	8	0	
HORA	8	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	8	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA.	18	0	

INDICACIONES TERAPEUTICAS (CONTINUA)	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	8	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	8	0	
REGISTRO DE MONITOREO FETAL	8	0	
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA	8	0	
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	8	0	NA
SUBTOTAL	82		
2.3 CALIDAD DE REGISTRO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
REGISTROS LEGIBLES	1	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	6		
TOTAL	100		

2.4 CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIONES

Apéndice "XIX"

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

INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
1) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.	
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CÓDIGO DEL PROFESIONAL OBSTETRA	Colocar el código del profesional obstetra	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	**CONFORME**	**NO CONFORME**
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra dato	No registra dato
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
EDAD	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
FECHA Y HORA DE INGRESO	Registra dato	No registra dato
DIAGNÓSTICO MÉDICO	Registra dato	No registra dato
ENFERMERÍA		
GRADO DE DEPENDENCIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato	No registra dato
2.2 INDICACIONES TERAPÉUTICAS		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato

2.2 INDICACIONES TERAPÉUTICAS		
HORA	Registra dato (Horas por medicamento, otras indicaciones)	No registra dato
REGISTRO DE DIETA INDICADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VÍA, MEDICAMENTO, HORA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	Registra los datos completos Ayuda al Diagnóstico: Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc.	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
MONITOREO FETAL	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE PROGRAMACIÓN DE SALA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ No registra dato
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	Registra los datos relevantes a pruebas especiales realizadas al paciente	No registra dato de corresponder
2.3 ATRIBUTOS DEL REGISTRO	**CONFORME**	**NO CONFORME**
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial

2.4 CÁLCULO DE PUNTAJE

EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.

EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMAS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO CONFORMIDAD

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

CONCLUSIÓN

OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS

RECOMENDACIONES

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

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

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta (R.) (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMN"
Héctor VELANDO Belarano

Apéndice "XX"
FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE
REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE OBSTETRICIA

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NUMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
2.1 DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y Nº SEGURO	1	0	
Nº HISTORIA	2	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
Nº DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	4	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	4	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	4	0	
REGISTRA TEMPERATURA	4	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	4	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/MIN.	4	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/MIN.	4	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	4	0	
SUBTOTAL	32		

2.5 DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO DE ALTURA UTERINA	5	0	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	
SANGRADO /LOQUIOS	3	0	
LIQUIDO AMNIÓTICO	3	0	
DINÁMICA UTERINA	5	0	
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	3	0	
SUBTOTAL	24		
2.6 OTROS REGISTROS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	5	0	
PESO	6	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS ADMINISTRADOS	4	0	
SUBTOTAL	27		NA
2.5 ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	6		
TOTAL	100		

2.6 CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III.- NO CONFORMIDAD

IV.- CONCLUSIÓN

V.- RECOMENDACIÓN

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN(MC)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Bejarano
000595589

Apéndice "XXI"
INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE OBSTETRICIA

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	
INSTRUCTIVO FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES OBSTETRICIA			
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores		
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada		
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría		
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría		
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)		
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.		
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica		
CODIFICACIÓN DEL OBSTETRA TRATANTE	Colocar el código del profesional		
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica		
CIE 10			
2) DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	No registra	
TIPO Y Nº SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra	
Nº HISTORIA	Registra los datos completos	No registra dato	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	No registra dato	
Nº DE CAMA	Registra los datos completos	No registra dato	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	Registra dato	No registra dato	
ESTANCIA	Registra dato (Estancia es equivalente a los días que la paciente está hospitalizada independiente del servicio)	No registra dato	
SEXO	Registra dato	No registra dato	
EDAD	Registra dato	No registra dato	

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (C)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Belorano
CÓDIGO: 090 6258

2.2 CONTENIDO DEL REGISTRO		
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TEMPERATURA	Registra dato(el registro debe ser con un punto y en los dos turnos)	No registra dato
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	Registra dato	No registra dato
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60 POR MIN.	Registra dato	No registra dato
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20 POR MIN.	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	Registra dato	No registra dato
2.3 DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA		
GRÁFICA DE ALTURA UTERINA	Registra dato	No registra dato
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	Registra dato	No registra dato
SANGRADO UTERINO/LOQUIOS	Registra dato	No registra dato
LIQUIDO AMNIÓTICO	Registra dato	No registra dato
DINÁMICA UTERINA	Registra dato	No registra dato
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	Registra dato	No registra dato
2.4 OTROS REGISTROS		
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	Registra dato	No registra dato
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	Registra dato	No registra dato
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN	Registra dato	No registra dato
PESO	Registra dato	No registra dato
TALLA	Registra dato	No registra dato
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	Registra dato en color rojo	No registra dato
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS ADMINISTRADOS	Registra dato de haberse administrado	No registra dato

2.5 CALIDAD DEL REGISTRO		
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	Legible	No legible
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	Sin borrones ni enmendaduras	Con borrón y enmendadura
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial (Uso de color azul en Presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y uso de color rojo en frecuencia cardiaca y picos febriles)	No usa color oficial

2.6 CÁLCULO DE PUNTAJE
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.
NO CONFORMIDAD
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO
CONCLUSIÓN
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS
RECOMENDACIONES
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (CD)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDIO Bejarano
00069589

Apéndice "XXII"
FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA

IPRESS		FECHA	
UPSS		TRIMESTRE	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
A) ANAMNESIS	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
FILIACIÓN			
Nombres y apellidos del paciente	1	0	
Lugar de nacimiento	1	0	
Fecha de nacimiento	1	0	
Edad	1	0	
Sexo	1	0	
Domicilio actual	1	0	
Domicilio de procedencia	1	0	
Documento de identidad	1	0	
Estado Civil	1	0	
Grado de instrucción	1	0	
Ocupación	1	0	
Religión	1	0	
Nombre del padre, madre o apoderado	1	0	
Teléfono / correo electrónico	1	0	
Sub Total	14		
ANTECEDENTES	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**

ANTECEDENTES	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Antecedentes generales	1	0	
Antecedentes fisiológicos	1	0	
Antecedentes inmunológicos	1	0	
Antecedentes patológicos	1	0	
Antecedentes familiares	1	0	
Antecedentes epidemiológicos	1	0	
Antecedentes ocupacionales	1	0	
Sub Total	7		
ENFERMEDAD ACTUAL	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	
Relato cronológico	5	0	
Funciones biológicas	1	0	
Sub Total	10		
B) EXAMEN CLÍNICO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Estado General	1	0	
Signos Vitales	1	0	
Examen extra oral	4	0	
Examen intraoral	6	0	
Ficha odontológica	4	0	
Riesgo estomatológico	4	0	
Sub Total	20		
C) PLAN DE TRABAJO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Plan de trabajo para el diagnóstico definitivo (incluye imágenes)	5	0	
Sub total	5		
D) EXÁMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Exámenes auxiliares	5	0	NA
Interconsultas	3	0	NA
Sub Total	8		

"ES COPIA FIEL"
Jefe de la Secretaría de la Dirección del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano
00069589

E) DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
Sub Total	**12**		
F) APRECIACIÓN DEL CASO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Pronóstico	4	0	
Sub Total	**4**		
G) TRATAMIENTO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional	1	0	
Presentación	1	0	
Dosis	1	0	
Frecuencia	1	0	
Vía de administración	1	0	
Medidas generales	1	0	
Sub Total	**6**		
H) CONSENTIMIENTO INFORMADO	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
Sub Total	**6**		
I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
Sub Total	**2**		
J) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	**CONFORME**	**NO CONFORME**	**NO APLICA**
Foliatilud	1	0	
Registro de fecha y hora de atención	1	0	
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo	1	0	
Registro apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	1	0	
Letra legible	1	0	

ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA (CONTINUA)	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Sello y firma del cirujano dentista	1	0	
Sub Total	6		
Total	100		

CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

III- NO CONFORMIDAD
IV.- CONCLUSIÓN
V.- RECOMENDACIONES

Apéndice "XXIII"
INSTRUCTIVO FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA

INSTRUCTIVO FORMATO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ	Nombres completos de ellos auditores
NUMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
A) ANAMNESIS	
FILIACIÓN	**Conforme:** Se registran los ítems señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica" **No conforme:** Se registran los datos de manera parcial, para el puntaje se sumarán los ítems que se encuentren registrados en la historia clínica.
ANTECEDENTES	**Conforme:** Consta de 7 ítems, se consignarán los datos necesarios para el caso. Comprende los antecedentes generales, fisiológicos, inmunológicos, patológicos, familiares, epidemiológicos y ocupacionales. **No conforme:** No se registran los datos.
ENFERMEDAD ACTUAL	Consta de 6 ítems, los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: nombre del informante, motivo de la consulta, tiempo de enfermedad, síntomas principales, relato cronológico y funciones biológicas.
B) EXAMEN CLÍNICO	**Conforme:** Consta de 6 ítems, los cuales deben ser registrados en su totalidad: estado general, signos vitales, examen extra oral, examen intraoral, ficha odontológica y riesgo estomatológico. **No conforme:** No se registran los datos
C) PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO	**Conforme:** Consta de 1 ítem, en el que se detallará el requerimiento de exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico definitivo, de ser necesario. **No conforme:** no se registra el dato de corresponder No aplica: no se requiere exámenes auxiliares
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	**Conforme:** Consta de 2 ítems, comprende el informe de resultados de los exámenes auxiliares e interconsultas adjuntados a la historia clínica. **No conforme:** No se encuentran en la historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y/o el informe de las interconsultas solicitadas.

A) ANAMNESIS	
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	**Conforme:** Consta de 2 ítems, comprende el informe de resultados de los exámenes auxiliares e interconsultas adjuntados a la historia clínica. **No conforme:** No se encuentran en la historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y/o el informe de las interconsultas solicitadas.
E) DIAGNÓSTICO	**Conforme:** Se registran los diagnósticos presuntivos y/o definitivos los cuales deben ser concordantes con la anamnesis y el examen clínico y su respectiva codificación CIE. **No conforme.** No se registran diagnósticos presuntivos ni definitivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico
F) APRECIACIÓN DEL CASO	Consta de 1 ítem, en donde se contemplará el pronóstico
G) TRATAMIENTO	Conforme: Tratamiento concordante con los diagnósticos establecidos y se registran los ítems correspondientes señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica". **No conforme:** No se registran los ítems correspondientes o el tratamiento no es concordante con el/los diagnóstico(s) establecido(s).
H) CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	**Conforme:** Consta de 2 ítems, los cuales deben ser llenados por el paciente previa información adecuada por parte del profesional, cuando corresponda. **No conforme:** No se encuentra adjunto el consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal en caso de corresponder.
I) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	Consta de 2 ítems, los cuales deben ser considerados en su totalidad. Comprende: nombre del profesional y fecha del alta básica odontológica.
J) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	Consta de 6 ítems los cuales deben ser consignados en su totalidad. Comprende: pulcritud, registro de fecha y hora de atención, registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo, registro apellidos y nombres, y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica, letra legible y sello y firma del cirujano dentista.
CALIFICACIÓN TOTAL	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos.

CÁLCULO DE PUNTAJE

EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.

EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.

NO CONFORMIDAD

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

CONCLUSIÓN

OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS

RECOMENDACIONES

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

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

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SNL (Dr)
Jefe de la Sección de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Hospital Naval Alfredo Rodríguez

XXII. ACTA DE CONOCIMIENTO Y CONFORMIDAD

HE LEÍDO EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN LAS IPRESS NAVALES

DANDO FE DE LO MANIFESTADO CON MI FIRMA

RELACIÓN DEL PERSONAL

N°	NOMBRE	DNI	APELLIDOS COMPLETOS	CARGO	FECHA	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						