

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 04 ABR. 2019

VISTO:

El expediente N° 19-004005-001 sobre la aprobación del PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL INSN-SB 2019;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 38° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que los establecimientos de salud y servicios, quedan sujetos a la evaluación y control periódicos y a las auditorías que dispone la Autoridad de Salud de nivel nacional;

Que, el artículo 123° de la precitada Ley, establece que el Ministerio de Salud es la autoridad de nivel nacional que tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el artículo 107° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con Decreto Supremo N° 013-2006-SA, dispone que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben elaborar anualmente el Plan de Auditoría de la Atención en Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2016/MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRESS.V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" (en adelante NTS) que establece los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud;

Que, según lo establecido en el numeral 5.4 de la precitada NTS, la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud 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);

Que, el numeral 33 del Anexo N° 01 de la NTS en mención, define al Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, como 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;

Que, según lo establecido en el literal a) del numeral 6.10.2 de la NTS, el responsable de la Unidad Orgánica de Gestión de la Calidad del Establecimiento, coordina con los Comités de Auditoría de la Calidad la elaboración del Plan Anual de Auditoría, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades;

Que, mediante Resolución Directoral N° 202-2018/INSN-SB, se formalizó la conformación del Comité de Auditoría en Salud y del Comité de Auditoría Médica del INSN-SB;

Que, de acuerdo a lo establecido en el artículo II.3.3 del MOP institucional, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, la Unidad de Gestión de la Calidad, es la unidad de asesoramiento responsable de implementar principios, normas, metodologías y procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobada por el ente rector, a fin de propender a la mejora continua de los servicios de salud que brinda el Instituto;

Que, a través de Nota Informativa N° 00119-2019-UGC-INSN-SB, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad presenta el PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL INSN-SB 2019, el mismo que cuenta con opinión favorable de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto emitida a través de Informe N° 034-2019-UPP/INSNSB;

Que, mediante Informe Legal N° 113-2019-UAJ-INSNSB, la Jefa de la Unidad de Asesoría Jurídica opina que el PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL INSN-SB 2019, se encuentra enmarcado dentro de la normatividad vigente aplicable;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, y de la Jefa de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica; y,

Estando a lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la Resolución Ministerial N° 519-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRESS.V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud", la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones del INSNSB, y la Resolución Ministerial N° 21-2019/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL INSN-SB 2019, cuya implementación se ejecutará a partir de la fecha de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a la Unidad de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, efectuar la supervisión y cumplimiento del Plan aprobado en el artículo precedente.

Artículo 3°.- PONER el PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL INSN-SB 2019, en conocimiento de los Directores, Jefes de todas las Unidades y Sub Unidades Asistenciales de la Institución.

Artículo 4°.- DISPONER, la publicación de la presente Resolución en la pagina web de la Entidad, conforme a las normas de Transparencia y acceso a la información pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

ARZR/JELC
Distribución:

- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Unidad de Planeamiento y Presupuesto
- () Unidad de Tecnología de la Información
- () Archivo

 Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dr. A. RICARDO ZEPEDA RUBIO
Director General (e)
CMP. 8780 RNE. 2550



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



"Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad" "

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – SAN BORJA

**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE
ATENCION EN SALUD DEL INSN-SB
2019**

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

LIMA – PERÚ



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL INSN- SB-2019

1.-INTRODUCCION:

La Calidad de atención en salud se define como la provisión de servicios de salud de los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

La Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud identifica oportunidades para mejorar la atención de los pacientes, así mismo puede facilitar el cambio hacia una práctica de la Medicina basada en evidencias, mediante el uso de las guías de práctica clínica y al mismo tiempo buscar encausar el manejo clínico dentro de un marco ético legal. El Plan de Auditoria de la Calidad en salud es un mecanismo sistemático, continuo de evaluación de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios

La Auditoría Médica se considera una instancia educadora más que punitiva, donde se intenta aprovechar las experiencias positivas y negativas introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramientos en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, familiares, e instituciones

Existen dos componentes importantes en la auditoria, la necesidad de que los participantes estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional, y conseguir demostrar mejoras en la calidad o costo efectividad de la atención brindada.



Por lo expuesto, creemos que es necesario alinear la labor de la auditoria en salud, con acciones preestablecidas a través de un Plan de implementación de la Norma Técnica de Auditoria, para la consecución del objetivo común planteado, que es mejorar el desempeño de los profesionales de la salud en los procesos de atención en las diferentes instituciones que conforman el Sector Salud.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

El Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud: interviene en la evaluación de procesos institucionales, relacionados a la atención de nuestros usuarios, permitiéndonos la identificación de las no conformidades y la revisión de la causa raíz, pudiendo intervenir en la mejora de los procesos de acuerdo a las recomendaciones emitidas por cada hallazgo suscrito, facilita la posibilidad de actuar con rapidez sobre las causas que guardan relación con la organización y el trabajo médico, así mismo influye en el perfeccionamiento de las historias clínicas, lo que redundará en una mejoría en la elaboración de las mismas, presentándose el impacto en la disminución de las no conformidades.

2.- FINALIDAD:

La Auditoria en Salud tiene como fin primordial, garantizar la calidad de la atención en salud, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de nuestros usuarios externos y administrar de forma eficiente y eficaz, los recursos asignados para dicha atención. Interviniendo también en el seguimiento del cumplimiento y la mejora de los siguientes componentes: Estructura, Proceso y Resultado.

3.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Lograr mayor efectividad y eficiencia en el otorgamiento de la prestación de salud, vigilando que la calidad de atención que imparten los servicios brindados en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, se sujeten a normas básicas de universalidad, óptima calidad, oportunidad y ética.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

3.1.1 Planificar la actividad para implementar la Norma Técnica de Auditoria de la





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

Calidad de la Atención en Salud en el 2019:

- Elaboración del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- Aprobación del Plan Anual de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud.
- Difusión del Plan de Auditoria a las Sub Unidades de Atención Integral Especializadas y/o Servicios del INSNSB.

3.1.2 Fortalecer la capacidad técnica a los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Capacitación técnica de la Unidad de Gestión de la Calidad a los Comités de Auditoría del Instituto de Salud del niño- San Borja.

3.1.4 Garantizar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, y Consentimientos Informados aprobados.

- Reporte del listado de las Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos y Consentimientos Informados aprobados por SUAIEP/Servicio, oficializadas con RD.
- Auditorias de Registro para verificar uso correcto y registro de los Consentimientos Informados Especificos aprobados en la Institución.
- Evaluación de Adherencia a las Guías de Práctica Clínica (Hospitalización Emergencia y Consulta Externa) de historias clínicas seleccionadas al azar por la Unidad de Gestión de la Calidad.

3.1.5 Verificar el cumplimiento del Manual de Buenas Practicas de Prescripción

- Evaluación de Adherencia al cumplimiento de Buenas Practicas de Prescripción en servicios de Hospitalización / Consulta Externa / Emergencia (Revisión de HC / Recetas).



3.1.6 Fortalecer el proceso de Mejora Continua de la Calidad.

- Realizar auditorías de Calidad de la Atención Programadas y a Demanda.
- Realizar Auditorías de caso para evaluar las atenciones a cargo de los Comité de Auditoria Médica del INSN SB (Auditoria Médica y Auditoría en Salud).
- Monitoreo y apoyo técnico de la Unidad de Gestión de la Calidad a los Comités de Auditoría del INSN SB, en el desarrollo de las Auditorías de Caso.



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

3.1.7 Garantizar y fortalecer el cumplimiento de la Norma Técnica N° 022 con el correcto registro de la Historia Clínica y sus Formatos.

- Realizar Auditoria de Registro en una muestra de Historias Clínicas de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos.
- Reuniones de Capacitación a los profesionales de salud sobre la Norma Técnica N° 139 “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.

3.1.8 Impulsar los procesos de mejora de la calidad de la atención a partir de las debilidades detectadas.

- Emisión de recomendaciones de Auditorias de Calidad realizadas.
- Reuniones de cierre de resultados encontrados en Auditorias de Calidad realizadas con los servicios involucrados.
- Monitoreo periódico del cumplimiento de recomendaciones de Auditorias de Calidad/Caso realizadas.
- Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de los reportes de Auditoria de Registro realizadas.

3.1.9 Informar el cumplimiento del Plan de Auditoria de Calidad de Atención en Salud INSNSB- 2019.

- Realizar monitoreo e informar el cumplimiento del Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2019.

Las actividades de la Unidad de Gestión de la Calidad y del presente plan se articulan al siguiente objetivo estratégico institucional establecidos en el PEI del MINSA 2019-2021:

OEI.04 Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud; y la gestión institucional; para el desempeño eficiente; ético e íntegro; en el marco de la modernización de la gestión pública .

4.- BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley No 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

- Ley No 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- D.S. N°013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos d Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- D.S. N°016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud-PEAS.
- D.S. N°008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- D.S. N°020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- RM N° 519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- RM N° 142/2007 – MINSA: Estándares e indicadores de calidad en la atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas neonatales.
- RM N° 456- 2007 – MINSA: Norma Técnica de Salud para la acreditación de establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo.
- RM N° 727-2009/MINSA, Plan Nacional de Políticas de Calidad en Salud.
- RM N° 546-2011/MINSA, Norma Técnica N°. 021 – MINSA/ DGSP/V03: Categorías de establecimientos del Sector Salud.
- R.M. N°850-2016/ MINSA, Normas para elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- R.M N° 502 – 2016 – MINSA: Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de Atención de la en Salud –N° 029 – MINSA /DIGEPRES-V.02.
- R.M. N° 214-2018/MINSA, NTS N°139. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.



5.- AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan de actividades de auditoria de los servicios de salud: auditoria de caso, auditoria de calidad y auditoria de registros; se realizarán en el Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja en las siguientes áreas:



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

1. Hospitalización
2. Consulta Externa
3. Centro quirúrgico
4. UCI especializadas
5. Emergencia

6.- DEFINICIONES OPERATIVAS:

✓ Auditoria de la Calidad de Atención en Salud:

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

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

“La Auditoria de Calidad de la Atención en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos”.

✓ Auditoria Medica:

Tipo de Auditoria 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.





“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

✓ **Auditoria en salud:**

Tipo de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud sobre 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 la Auditoria de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.

✓ **Auditoria Programada:**

Tipo de Auditoria que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar las atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidas en el Plan Anual.

✓ **Auditoria de Caso:**

Tipo de Auditoria 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 análisis de causa raíz.

✓ **Auditoria De Gestión Clínica:**

Una modalidad de Auditoria de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que pueden motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad en enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde el aspecto individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoria de registros, auditoria de seguros, auditoria de procesos de gestión, entre otros.



12



✓ **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, obstetricia, odontología, de tecnología médica y otros según corresponda. Constituye una de las herramientas para la auditoría de Gestión Clínica.

• **Auditoría Concurrente:**

Es aquella auditoría llevada a cabo por el Comité de Auditoría, donde se verifica de forma presencial la calidad de la prestación de los servicios de salud, efectuada durante las rondas médicas, consultas externas, etc. A cargo del Comité de Auditoría o del Comité de Servicio o Unidad.

• **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.

• **Evento Centinela:**

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.

• **Principios de Auditoría:**

La Auditoría de la Calidad de Atención tiene por principio fundamental buscar la mejora continua. En ninguna circunstancia el auditor de la calidad de la atención en salud está facultado para emitir pronunciamientos que establezcan responsabilidades medico legales o recomendaciones punitivas.

Su fundamento debe constar de lo siguiente:

- Objetividad
- Equidad





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

- Racionalidad técnico científica
 - Imparcialidad
 - Confiabilidad
 - Evaluación del medio
-
- **Auditoria de la Calidad de los Registros Asistenciales**
 - Para la realización de las Auditorias de los Registros Asistenciales consideradas en el Plan de Auditoria de la Calidad de Atención, se tomarán en cuenta principalmente los servicios de mayor riesgo, los servicios de mayor producción o los que tuvieran como antecedentes mayor número de quejas, reclamos o denuncias.
 - La auditoría se realiza a través de un formato preestablecido de acuerdo al formato recomendado por la NTS N° 029 “Norma técnica de Salud de Auditoria de Calidad de Atención “con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de Salud.
 - El Informe de Auditoría de la Calidad de los Registros Asistenciales tiene la siguiente estructura: datos generales del Servicio, origen de la Auditoria, tipo de Auditoría, alcance de la Auditoria, Metodología, Resultados, Conclusiones, recomendaciones y anexos.

7.- **ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA DE TRABAJO**

➤ **Monitoreo del cumplimiento de las actividades del plan**

Se monitorizará el cumplimiento del Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2019 con informes semestrales donde se informará a la Dirección General el porcentaje de avance de acuerdo a lo programado.

➤ **Cronograma de Actividades :**



hr



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”



CRONOGRAMA DEL PLAN DE AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD - INSN SB -2019

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	MESES - 2019											
					Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Lograr mayor efectividad y eficiencia en el otorgamiento de la prestación de salud, vigilando que la calidad de atención que imparten los servicios brindados en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, se sujeten a normas básicas de universalidad, óptima calidad, oportunidad y ética.	5.1 Planificar la actividad para implementar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud en el 2019.	Elaborar el Plan Anual de Auditoría	Plan	1	x											
		Aprobación del Plan de Auditoría	RD	1	x											
		Difusión del Plan de Auditoría a las Sub Unidades de Atención Integral Especializadas y/o Servicios del INSNB	Nota Informativa	1		x										
	5.2 Fortalecer la capacidad técnica de los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención.	Capacitación técnica de la Unidad de Calidad a los Comités de Auditoría del Instituto de Salud del Niño San Borja	Cursos y/o Talleres de Capacitación	1	x											
5.3 Garantizar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos y Consentimientos Informados aprobados por SUAIEP/Servicio, oficializadas con RD.		Reporte de Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos y Consentimientos Informados aprobados por SUAIEP/Servicio, oficializadas con RD.	Reporte Semestral	2						x						x
		Auditorías de registro para verificar uso correcto y registro de los Consentimientos Informados Específicos aprobados en la Institución.	Informe Trimestral	4	x			x			x				x	
		Evaluación de Adherencia a las Guías de práctica Clínica (Hospitalización/ Emergencia/ Consulta Externa) .	Informe de Adherencia	4	x			x			x				x	
5.4 Verificar el cumplimiento del Manual de Buenas Prácticas de		Evaluación de Adherencia al cumplimiento de Buenas Prácticas de Prescripción en servicios de Hospitalización / Consulta Externa / Emergencia (Revisión de HC / Recetas)	Informe de Adherencia	2						x						x



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	MESES - 2019											
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
5.5 Fortalecer el proceso de Mejora Continua de la Calidad.	Realizar Auditoría de Calidad de Atención Programadas y a Demanda	Informe	4			x			x			x			x
	Realizar Auditorías de Caso a demanda a cargo de Comité de Auditoría del INSNSB (Auditoría Médica y Auditoría en Salud).	Informe a Demanda													
	Monitoreo y apoyo técnico de UGC a Comités de Auditoría del INSNSB a demanda para el desarrollo de las Auditorías de Caso.	Actas													
5.6 Garantizar y fortalecer el cumplimiento de la Norma Técnica N° 139, con el correcto registro de la Historia Clínica y sus Formatos.	Realizar Auditoría de Registro en una muestra de Historias Clínicas de Hospitalización, Emergencia y Consultorios Externos.	Informe Trimestral	4			x			x			x			x
	Reuniones de Capacitación a los profesionales de la salud sobre Norma Técnica N° 139 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" para la Gestión de la Historia Clínica".	Evento Capacitación	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Emisión de recomendaciones de Auditorías de Calidad realizadas.	Nota informativa	4			x			x			x			x
5.7 Impulsar los procesos de mejora de la calidad de la atención a partir de las debilidades detectadas	Reuniones de cierre de resultados encontrados en Auditorías de Calidad realizadas con los servicios involucrados.	Acta	4			x			x			x			x
	Monitoreo periódico del cumplimiento de recomendaciones de Auditorías de Calidad/Caso realizadas.	Notas Informativas/ Informe	4			x			x			x			x
	Monitoreo del cumplimiento de las recomendaciones de los reportes de Auditoría Registro realizadas.	Notas Informativas/ Informe	3					x			x			x	
5.8 Informar el cumplimiento del Plan de Auditoría de Calidad de Atención en Salud INSNSB-2019	Realizar monitoreo e informar el cumplimiento del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud 2019	Informe Semestral	2							x					x



**8.- CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICA DE LAS MUESTRAS**

Las Auditorías de calidad de registro se realizan tomando una muestra representativa de las historias clínicas de los pacientes atendidos en un determinado periodo, para ello se toma como referencia el número de atenciones en las áreas de Hospitalización, Emergencia, UCI y Consulta Externa del año 2018, para así calcular el número de atenciones trimestral por área asistencial que se utiliza como el valor N, en la fórmula a emplear para obtener el tamaño de la muestra (n).

Para el Cálculo de la muestra se utilizó la Fórmula para Población Finita:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{NE^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde :

- Z = nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
 p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
 q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
 N = Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
 e = Error de estimación máximo aceptado
 n = Tamaño de la muestra

Se estableció un nivel de confianza de 90% , Valor Z de 1.65. Y un error estimado de 0.1.

Con este cálculo, se obtuvo la muestra anual por UPSS/Servicio, según la siguiente tabla.

MUESTRA POR UPSS/SERVICIO ANUAL 2019

UPSS/SERVICIOS	N°atenciones INSN SB- 2018	N° HC ANUAL (muestra)
HOSPITALIZACION	5620	67
UCIS	1759	66
CONSULTORIO EXTERNO	128077	68
EMERGENCIA	17426	68
TOTAL		269

Fuente: Unidad de Tecnologías de la Información INSN SB. Coordinación de Estadística



Para la evaluación Trimestral, realizando los ajustes correspondientes queda la siguiente muestra:



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

MUESTRA POR UPSS/SERVICIO TRIMESTRAL 2019 - AJUSTADA

UPSS/SERVICIOS	Por Trimestre	N° HC ANUAL (muestra)
HOSPITALIZACION	18	72
UCIS	17	68
CONSULTORIO EXTERNO	18	72
EMERGENCIA	17	68
TOTAL		280

Fuente: Cálculo de la Unidad de Gestión de la Calidad de acuerdo a fórmula y numero de atenciones 2018 por UPSS.

Las historias se escogen aleatoriamente, teniendo en cuenta las diferentes Subunidades y Servicios del INSN San Borja.

9.- COMITÉS DE AUDITORIA**✓ CONFORMACION DE LOS COMITÉS:**

La Oficina de Gestión de la Calidad es responsable de Convocar al Comité de Auditoria en Salud y al Comité de Auditoria Médica.

Los Comités de Auditoria en Salud y Auditoria Médica, estarán integrados por un mínimo de tres miembros: un presidente, un Secretario de Actas y uno (o más) vocales. Los miembros deben cumplir con el perfil de Auditor de la Calidad en Salud, ambos comités deben ser oficializados con Resolución Directoral.

Asimismo, se podrá requerir el apoyo temporal de profesionales y/o especialistas de otras áreas dentro del mismo Instituto, para lo cual la Dirección dará las facilidades necesarias para asegurar la participación del/los convocados.

Teniendo en cuenta el volumen de las Auditorias a realizarse, cada comité podrá conformar **Equipos de Auditoria Adscritos** a éste, integrados también por un mínimo de tres miembros (un Responsable del Equipo , un Secretario de Actas y un Vocal), que se encargarán de realizar Auditorías de Calidad y presentarán lo actuado y sus Informes Finales al Presidente del Comité respectivo.

Los equipos de Auditoria Adscritos son propuestos por cada Comité y convocados por la Oficina de Gestión de la Calidad, así mismo deben ser oficializados con resolución Directoral.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

Actualmente el INSN San Borja cuenta con los siguientes comités de auditoría:

- Comité de Auditoría Médica
- Comité de Auditoría en Salud

Aprobándose la Conformación de ambos Comités con Resolución Directoral N° 202/2018/INSN-SB

✓ **RESPONSABILIDADES RESPECTO AL PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE ATENCIÓN:**

Del Director del Instituto Nacional de Salud del Niño- San Borja

- Aprobar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Expedir la Resolución Directoral de conformación de los Comités de Auditoría.
- Proporcionar los recursos adecuados al Comité.
- Disponer que los miembros de los Comités dediquen a las actividades de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud un mínimo de 6 horas semanales.
- Tomar conocimiento de las recomendaciones emitidas en el Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, así como también lo correspondiente a los Informes de Auditorías de casos.
- Disponer la ejecución de las acciones preventivas y correctivas según corresponda.

Del Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

- Elaborar el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, conforme a las prioridades del Instituto y a sus necesidades, el mismo que será presentado a la Dirección General para su conocimiento aprobación y difusión.
- Brindar Asistencia Técnica a los Comités de Auditoría para la Ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- Supervisar y evaluar el Plan Anual de Auditoría.



14



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

- Proponer la conformación de Comités de Auditoría, por servicios o departamentos, de acuerdo a la complejidad del Instituto Nacional de Salud del Niño.
- Analizar la calidad y contenido de los Informes de Auditoría, en especial las conclusiones y recomendaciones emitidas.
- Elevar el Informe de Auditoría según corresponda al responsable de la Oficina de Calidad y al Director del Establecimiento, cuando cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.
- Elaborar el informe de las acciones de evaluación y supervisión ejecutadas para la Dirección del Establecimiento.
- Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención programadas, como en las Auditorías de Caso.
- Promover propuestas de mejora de acuerdo al análisis de los informes de auditoría.
- Promover la capacitación de los miembros de los Comités de Auditoría.

Del Presidente del Comité de Auditoría (Auditoría Médica y En Salud)

- Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de auditoría.
- Asegurar que las Auditorías de Calidad de Atención en Salud se realizan cumpliendo lo dispuesto en la presente NTS.
- Garantizar que los informes y el Informe final cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en la presente norma.
- Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad a la Oficina de Gestión de la Calidad (Coordinador de Auditoría de la calidad de Atención en Salud) , quien a su vez lo elevará a la Dirección General , para que disponga la implementación de las recomendaciones .

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

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



12



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja

“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

- Participar en la elaboración y ejecución del Plan Anual de Auditoria, el mismo que será presentado a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Participar en el planeamiento, organización, evaluación y supervisión de las auditorias y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoria y de las Auditorias de Caso, según corresponda.
- Participar en la ejecución de las Auditorias, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- Participar en la planificación, ejecución y elaboración del Informe de Auditoría.

10.- **RECURSOS NECESARIOS:**

1. Normas Legales.
2. Documentos de Gestión: Historia Clínica, Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimientos, Protocolos, Manuales, Registros, Consentimientos Informados específicos aprobados con RD.
3. Sistema Informático.
4. Recursos materiales.
5. Recurso humano.

11.- **INDICADORES TRAZADORES**

a) Porcentaje de Cumplimiento de Informes de Auditoria de Calidad de Registro :

$$\frac{\text{N° de Informes de Auditoria de Calidad de Registro realizados}}{\text{N° de Informes de Auditoria de Calidad de Registro programados}} = 100\%$$

b) Seguimiento de Recomendaciones de Auditoria de Calidad :

Número Recomendaciones de Auditoria de Calidad de Atención y Caso a las que se ha realizado seguimiento

Número de Recomendaciones de Auditoria de Calidad de Atención y Caso realizados

$$= 100\%$$





PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto Nacional de Salud del
Niño – San Borja



“Año de la lucha contra la Corrupción e Impunidad”

12. PRESUPUESTO

El Plan de Auditoria de Calidad de Atención en Salud de la Unidad de Gestión de la Calidad, no requiere presupuesto adicional , sus actividades estan presupuestadas en el Plan de Calidad de la Unidad de Gestión de la Calidad.

13. ANEXOS

Formatos de Auditoría

- Formato de Auditoria de Calidad de Registro en Consulta Externa.
- Formato de Auditoria de Calidad de Registro en Hospitalización.
- Formato de Auditoria de Calidad de Registro en Emergencia.
- Formato de Evaluación de Adherencia a GPC.
- Formato de Auditoria de Calidad de Registro del Consentimiento Informado.



hr

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA					
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA					
insn					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA					
MIEMBROS DEL COMITÉ					
NUMERO DE AUDITORIA					
FECHA DE AUDITORIA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales T°, FR, FC, PA.	2	0.5		0	
Peso, Talla	1	0.5		0	
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	1		0	
Examen Clínico Regional	4	2		0	
SUBTOTAL	9				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	4		0	NA
b) Definitivo coherente	8	4		0	NA
c) Uso del CIE 10	4			0	
SUBTOTAL	20				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	5	1	2	0	NA
Exámenes de Diagnóstico por Imágenes pertinentes	5	1	2	0	NA



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



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN



II) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

SERVICIO AUDITADO			
FECHA DE AUDITORÍA			
ESPECIALIDAD			
ASUNTO			
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			

II) OBSERVACIONES

ANAMNESIS	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
FILIACIÓN															
Número de historia clínica	0.25					0.25					0.25				
Nombres y apellidos del paciente	0.25					0.25					0.25				
Tipo y N° Seguro	0.25					0.25					0.25				
Lugar y fecha de nacimiento	0.25					0.25					0.25				
Edad	0.25					0.25					0.25				
Sexo	0.25					0.25					0.25				
Domicilio actual	0.25					0.25					0.25				
Lugar de Procedencia	0.25					0.25					0.25				
Documento de identificación	0.25					0.25					0.25				
Grado de instrucción	0.25					0.25					0.25				
Ocupación	0.25					0.25					0.25				
Religión	0.25					0.25					0.25				
Acompañante	0.25					0.25					0.25				
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25					0.25					0.25				
Fecha de Ingreso	0.25					0.25					0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25					0.25					0.25				
SUBTOTAL	4				0	4				0	4				0

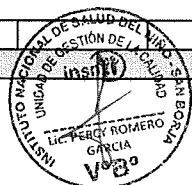
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Signos y Síntomas principales	1					1					1				
Tiempo de enfermedad	1					1					1				
Forma de inicio	1					1					1				
Curso de la enfermedad	1					1					1				
Relato Cronológico de la enfermedad	3					3					3				
Funciones Biológicas	1					1					1				
Antecedentes	2					2					2				
SUBTOTAL	10	0			0	10	0			0	10	0			0

EXAMEN CLÍNICO	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Examen Clínico General															
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA).	1					1					1				
Peso, Talla, IMC	1					1					1				
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	1					1					1				
Examen Clínico Regional	4					4					4				
SUBTOTAL	7	0			0	7	0			0	7	0			0

DIAGNÓSTICOS	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
a) Presuntivo coherente y concordante.	8					8					8				
b) Definitivo coherente y concordante.	8					8					8				
c) Uso del CIE 10	4					4					4				
SUBTOTAL	20	0			0	20	0			0	20	0			0

PLAN DE TRABAJO	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4					4					4				
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4					4					4				
Interconsultas pertinentes	4					4					4				
Referencias Oportunas	4					4					4				
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3					3					3				
SUBTOTAL	19	0	0		0	19	0	0		0	19	0	0		0

TRATAMIENTO	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A



Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4					4					4				
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4					4					4				
Consigna presentación	1					1					1				
Dosis del medicamento	1					1					1				
Frecuencia del medicamento	1					1					1				
Vía de administración	1					1					1				
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2					2					2				
SUBTOTAL	14	0	0	0	0	14	0	0	0	0	14	0	0	0	0
	14					14					14				
NOTAS DE EVOLUCIÓN	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Fecha y hora de evolución	0.5					0.5					0.5				
Apreciación subjetiva	0.5					0.5					0.5				
Apreciación objetiva	0.5					0.5					0.5				
Verificación del tratamiento y dieta	0.5					0.5					0.5				
Interpretación de exámenes de apoyo al diagnóstico y comentario	0.5					0.5					0.5				
Plan diagnóstico	0.5					0.5					0.5				
Plan terapéutico	0.5					0.5					0.5				
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5					0.5					0.5				
SUBTOTAL	4	0			0	4	0			0	4	0			0
	4					4					4				
REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Notas de ingreso de enfermería	1					1					1				
Notas de Evolución de enfermería	1					1					1				
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1					1					1				
Hoja de balance hídrico	1					1					1				
Kardex	1					1					1				
Firma y sello del Profesional	1					1					1				
SUBTOTAL	6	0			0	6	0			0	6	0			0
	6					6					6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Informe de Alta	1					1					1				
Medicamentos prescritos	1					1					1				
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1					1					1				
SUBTOTAL	3	0			0	3	0			0	3	0			0
	3					3					3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Firma y sello del médico tratante	1					1					1				
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1					1					1				
Pulcritud	1					1					1				
Legibilidad	1					1					1				
No uso de abreviaturas	1					1					1				
SUBTOTAL	5	0	0		0	5	0	0		0	5	0	0		0
	5					5					5				
FORMATOS ESPECIALES	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A	C	I	EX	N	N.A
Formato de interconsulta	0.5					0.5					0.5				
Junta Médica	0.5					0.5					0.5				
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5					0.5					0.5				
Reporte operatorio	0.5					0.5					0.5				
Hoja de evolución pre anestésica	0.5					0.5					0.5				
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1					1					1				
Hoja de anestesia	0.5					0.5					0.5				
Hoja post anestésica	0.5					0.5					0.5				
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5					0.5					0.5				
Formato de anatomía patológica	0.5					0.5					0.5				
Formato de consentimiento informado	1					1					1				
Formato de retiro voluntario	0.5					0.5					0.5				
Epicrisis	1					1					1				
SUBTOTAL	8	0			0	8	0			0	8	0			0
	8					8					8				
TOTAL PTOS	100					100					100				

PTOS BASE

0%

100

100.00%

100

100.00%

100

100.00%



FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO EN EMERGENCIA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA



I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

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

FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
Edad	0.5	0	NA
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	NA
Lugar de Procedencia	0.5	0	NA
Documento de identificación	0.5	0	NA
Estado Civil	0.5	0	NA
Grado de instrucción	0.5	0	NA
Ocupación	0.5	0	NA
Religión	0.5	0	NA
Teléfono	0.5	0	NA
Acompañante	0.5	0	NA
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	NA
SUBTOTAL	8		
ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de atención	2	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Signos y síntomas principales	2	0	
Desarrollo cronológico de la enfermedad (relato)	5	0	NA
Antecedentes	3	0	NA
SUBTOTAL	13		
EXAMEN CLÍNICO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Funciones vitales Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (FC), Presión arterial (PA), Saturación de oxígeno (Sat O2) en caso lo amerite.	2	0	
Puntaje de Escala de Glasgow	1	0	NA
Peso	1	0	NA
Estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, estado de conciencia, piel y anexos.	2	0	
Examen clínico regional	4	0	



SUBTOTAL	10		
DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo coherente	8	0	NA
b) Definitivo coherente	8	0	NA
c) Uso del CIE 10	4	0	
SUBTOTAL	20		
PLAN DE TRABAJO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	0	
Interconsultas pertinentes	3	0	NA
Referencia oportuna	3	0	NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	3	0	NA
Informes correspondientes al Plan de trabajo, anexados a la Historia Clínica			
Exámenes de Laboratorio en Historia Clínica	0.5		
Exámenes de Imágenes en Historia Clínica	0.5	0	NA
Respuesta de interconsultas en Historia Clínica	0.5	0	NA
Procedimientos en Historia Clínica	0.5	0	NA
SUBTOTAL	19		
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Condición de egreso del paciente	1	0	
Medicamentos prescritos	1	0	NA
Cuidados Generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa.	1	0	NA
SUBTOTAL	3		
TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Medidas Generales	2	0	NA
Nombre de medicamentos pertinentes con Denominación Común Internacional (DCI).	2	0	NA
Consigna presentación	1	0	NA
Dosis del medicamento	1	0	NA
Frecuencia del medicamento	1	0	NA
Vía de administración	1	0	NA
SUBTOTAL	8		
NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	1	0	
Apreciación objetiva	1	0	
Verificación del tratamiento y dieta	1	0	NA
Interpretación de exámenes y comentario	2	0	
Plan de trabajo	2	0	
Consigna funciones vitales	1	0	
Procedimientos realizados	1	0	NA
SUBTOTAL	11		
REGISTROS DE OBSTETRICIA Y/O ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Notas de ingreso de obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Notas obstetricia y/o enfermería	0.5	0	NA
Hoja de funciones vitales	0.5	0	NA
Hoja de balance hídrico	0.5	0	NA
Kardex	0.5	0	NA
Firma y sello del Profesional	0.5	0	NA



SUBTOTAL	3		NA
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1	0	
Prioridad de atención	1	0	
Pulcritud	1	0	
Legibilidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		



AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTRO - CONSENTIMIENTO INFORMADO



I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

ESPECIALIDAD					
PROCEDIMIENTO					
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA					
FECHA					

II) OBSERVACIONES

	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A
RESOLUCION DIRECTORAL	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
REGISTRO COMPLETO DEL FORMATO																				
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
DESCRIPCION DEL DIAGNOSTICO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
OBJETIVOS DELPROCEDIMIENTO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
BENEFICIOS ESPERADOS	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
RIESGOS O COMPLICACIONES FRECUENTES	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
RIESGOS O COMPLICACIONES POCO FRECUENTES	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACION	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
TRATAMIENTO ALTERNATIVO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
OTROS RIESGOS (POR PARTICULARIDADES DEL PCTE)	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
PRONOSTICO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
RECOMENDACIONES	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
SUBTOTAL	13	6.5		0	13	6.5		0	13	6.5		0	13	6.5		0	13	6.5		0
	19.5				19.5				19.5				19.5				19.5			
RESGITRO COMPLETO DE LA DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A
FECHA	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
N° H. CLÍNICA DEL PACIENTE	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TUTOR LEGAL	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
FIRMA DEL TUTOR LEGAL	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
CMP / RNE	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
FRIMA Y SELLO DEL MEDICO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
SUBTOTAL	9	4.5		0	9	4.5		0	9	4.5		0	9	4.5		0	9	4.5		0
	13.5				13.5				13.5				13.5				13.5			
ATRIBUTOS	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A	C	I	N	N.A
Pulcritud	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
Legibilidad	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
No uso de abreviaturas	1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0		1	0.5	0	
SUBTOTAL	3	1.5		0	3	1.5		0	3	1.5		0	3	1.5		0	3	1.5		0
	4.5				4.5				4.5				4.5				4.5			
TOTAL	37.5				37.5				37.5				37.5				37.5			

PTOS BASE

25

25

25

25

25

%

100.00%

100.00%

100.00%

100.00%

100.00%

PROMEDIO

100%

CALIFICACIÓN	
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

C	COMPLETO
I	INCOMPLETO



POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO

EX	EN EXCESO
N	NO EXISTE
N.A	NO APLICA





