

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 225 -GG-ESSALUD-2020Lima, **06 FEB. 2020****VISTOS:**

La Carta N° 2606-GCPS-ESSALUD-2019 e Informe Técnico N° 058-SGNSS-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2019, de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta 6830-GCOP-ESSALUD-2019 de la Gerencia Central de Operaciones; la Carta N° 1232-OGCyH-PE-ESSALUD-2019 de la Oficina de la Gestión de la Calidad y Humanización; la Carta N° 8763-GCPP-ESSALUD-2019 e Informe Técnico N° 346-GOP-GCPP-ESSALUD-2019, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto; el Memorando N° 80-GCAJ-ESSALUD-2020 e Informe N° 27-GNAAGCAJ-ESSALUD-2020, de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

CONSIDERANDO:

Que, en el literal e) del artículo 2 de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, de acuerdo a lo señalado en el artículo 42 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se dispone que todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean éstos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación;

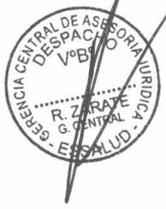
Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", con el objetivo general de establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos o mixtos, la misma, que es de aplicación, entre otros, en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de ESSALUD;

Que, con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 121-GCPS-ESSALUD-2014, se aprueba la Directiva N° 10-GCPS-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD";

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 123-GCPS-ESSALUD-2014, se aprueba la Directiva N° 11-GCPS-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Auditoría Odontológica de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD";

Que, con Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 68-GCPS-ESSALUD-2015, se aprueba la Directiva N° 002-GCPS-ESSALUD-2015, "Normas y Procedimientos para la Auditoría en Enfermería de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD";

Que, mediante Resolución de Gerencia General N° 1806-GG-ESSALUD-2017, se aprueba la Directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2017, "Normas para la formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD", cuyo objetivo es establecer las normas y procedimientos para la formulación, aprobación, publicación y



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 225 -GG-ESSALUD-2020

actualización de las directivas que rigen la gestión de ESSALUD; modificada por Resolución de Gerencia General N° 1205-GG-ESSALUD-2019;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 158 del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, con Carta de Vistos, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remite a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, el proyecto de Directiva de Gerencia General, "*Procedimiento para la Auditoría de Calidad de las Prestaciones de Salud en ESSALUD*", el cual tiene por objeto establecer el procedimiento para realizar la auditoría de calidad y registro de las prestaciones de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud (ESSALUD), a través de herramientas para la mejora continua de la calidad y como finalidad contribuir a mejorar la calidad de las prestaciones de salud en las IPRESS de ESSALUD;

Que, mediante Informe de Vistos, la citada Gerencia Central señala que: "*(...) El proyecto de directiva plantea, reemplaza y actualiza las normas de auditoría de EsSalud (Auditoría Médica, Odontológica y en Enfermería); así como, unifica y estandariza el proceso y procedimiento de auditoría con sus respectivos instrumentos, lineados a la normativa sectorial; por lo que, las referidas auditorías de EsSalud ya se contemplan en el proyecto de directiva*";

Que, con Cartas de Vistos, la Gerencia Central de Operaciones y la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, emiten opinión favorable sobre la citada propuesta de Directiva;

Que, mediante Carta e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto evalúa y concluye que la propuesta de Directiva formulada por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encuentra alineada a la Directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2017, "*Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD*", y su modificatoria, motivo por el cual emite opinión favorable;

Que, con Memorando e Informe de Vistos, la Gerencia Central de Asesoría Jurídica encuentra viable el trámite de aprobación del proyecto de Directiva de Gerencia General, "*Procedimiento para la Auditoría de Calidad de las Prestaciones de Salud en ESSALUD*", al encontrarse elaborado conforme a la Directiva de Gerencia General N° 002-GG-ESSALUD-2017, así como en concordancia con el artículo 42 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y la Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "*Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud*"; siendo el sustento de su contenido técnico competencia de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud de acuerdo a las funciones establecidas en el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD;

Que, conforme a lo señalado en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, es competencia del Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las



RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 225 -GG-ESSALUD-2020

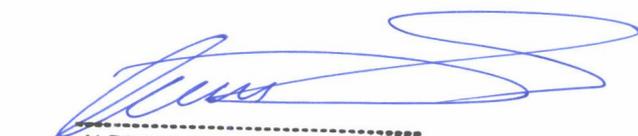
directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con los vistos de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, de la Gerencia Central de Operaciones, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto y de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y

Estando a lo expuesto, y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** la Directiva de Gerencia General N° 6 -GCPS-ESSALUD-2020 V.01 "Procedimiento para la Auditoría de Calidad de las Prestaciones de Salud en ESSALUD", que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución.
2. **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 121-GCPS-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 10-GCPS-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
3. **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 123-GCPS-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva N° 11-GCPS-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Auditoría Odontológica de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
4. **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 68-GCPS-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N° 002-GCPS-ESSALUD-2015, "Normas y Procedimientos para la Auditoría en Enfermería de las Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".
5. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, asistencia técnica y evaluación de la implementación de la Directiva aprobada mediante la presente Resolución.
6. **DISPONER** que la Gerencia Central de Operaciones se encargue de supervisar la aplicación de la Directiva aprobada mediante la presente Resolución en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de ESSALUD a través de las Redes Asistenciales, Prestacionales y Órganos Prestadores Nacionales.
7. **DISPONER** que los Órganos Centrales, Órganos Desconcentrados e IPRESS de ESSALUD, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación y cumplimiento de la Directiva aprobada con la presente Resolución.
8. **ENCARGAR** a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Compendio Normativo Institucional, en la Intranet y en la página Web Institucional.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE
ALFREDO R. BARREDO MOYANO
GERENTE GENERAL
ESSALUD

DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 6 -GCPS-ESSALUD-2020 V.01**"PROCEDIMIENTO PARA LA AUDITORÍA DE CALIDAD DE LAS PRESTACIONES DE SALUD EN ESSALUD"**

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V°B°
Elaborado por	César Eduardo Carreño Díaz	Gerente Central de Prestaciones de Salud		
Revisado por	William Cuba Arana	Gerente Central de Planeamiento y Presupuesto		
Revisado por	Renzo Kenneth Zárate Miranda	Gerente Central de Asesoría Jurídica		
Aprobado por	Alfredo Barredo Moyano	Gerente General		

ÍNDICE

	Pág.
CAPÍTULO I	
DISPOSICIONES INICIALES	03
ARTÍCULO 1. OBJETO	03
ARTÍCULO 2. FINALIDAD	03
ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO	03
ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN	04
ARTÍCULO 5. DEFINICIONES	04
CAPÍTULO II	
ÓRGANOS RESPONSABLES	07
CAPÍTULO III	
DISPOSICIONES	08
Artículo 11. Disposiciones Generales	08
Artículo 12. Disposiciones Específicas	10
DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES	21
ANEXOS	22
Anexo N° 1: Modelo del Plan de Auditoría	23
Anexo N° 2: Tabla referencial para programación de auditorías	24
Anexo N° 3: Modelo de informe de Auditoría Programada	25
Anexo N° 4: Modelo de informe de Auditoría de Caso	26
Anexo N° 5: Formatos de Auditoría de Registro	28
Anexo N° 6: Flujo de información de Auditoría	87



DIRECTIVA DE GERENCIA GENERAL N° 6 -GCPS-ESSALUD-2020 V.01
PROCEDIMIENTO PARA LA AUDITORÍA DE CALIDAD
DE LAS PRESTACIONES DE SALUD EN ESSALUD

CAPÍTULO I**DISPOSICIONES INICIALES****ARTÍCULO 1. OBJETO**

Establecer el procedimiento para realizar la auditoría de calidad y registro de las prestaciones de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud (ESSALUD), a través de herramientas para la mejora continua de la calidad.

ARTÍCULO 2. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de las prestaciones de salud en las IPRESS de ESSALUD.

ARTÍCULO 3. MARCO NORMATIVO

- 3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 3.2. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificatorias.
- 3.3. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 033-2005-PCM.
- 3.4. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 3.5. Decreto Supremo N° 021-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 3.6. Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2019-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2019-PCM-SGP, "Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público", y modificatorias.
- 3.7. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 3.8. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- 3.9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 3.10. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- 3.11. Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02; "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- 3.12. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de Historia Clínica" (y modificado por Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA) *modificada*.
- 3.13. Acuerdo 04-03-ESSALUD-2019, que aprueba el Código de Ética del Seguro Social de Salud - ESSALUD.
- 3.14. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud - ESSALUD y modificatorias.
- 3.15. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 360-PE-ESSALUD-2016, que aprueba la "Estrategia Nacional de Calidad del Seguro Social de Salud - ESSALUD".



- 3.16. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 380-PE-ESSALUD-2016, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD"
- 3.17. Resolución de Gerencia General N° 1806 -GG-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2017, "Normas para la Formulación, Aprobación, Publicación y Actualización de Directivas en ESSALUD", y modificatoria.

ARTÍCULO 4. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación en las Redes (Redes Prestacionales y Asistenciales), Órganos Prestadores Nacionales (OPN) según corresponda y todas las IPRESS de ESSALUD a nivel nacional, y terceros o bajo modalidad de convenios o contratos de acuerdo a los términos y condiciones establecidos.

ARTÍCULO 5. DEFINICIONES

- 5.1. **Acción correctiva.** - Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseada.
- 5.2. **Acción preventiva.** - Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseada.
- 5.3. **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 y es de carácter confidencial.
- 5.4. **Auditoría de calidad de la prestación en salud (Auditoría).** - Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de procesos, estándares y requisitos de calidad de las prestaciones de salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad la mejora continua de las atenciones en las IPRESS. La Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud, en ninguna modalidad o tipo, tiene motivaciones o fines punitivos, debe cumplir con el principio de confidencialidad del acto médico y no es un peritaje legal.
- 5.5. **Auditoría externa.** -Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno a la IPRESS donde se realizó la prestación auditada.
- 5.6. **Auditoría interna.** -Tipo de Auditoría realizada por los Comités de Auditoría de la IPRESS para una prestación que se realizó en la misma.
- 5.7. **Auditoría médica.** - Tipo de Auditoría sobre el Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la prestación médica, que consiste en la revisión detallada de registros y procesos médicos 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. No es punitiva, ni es un peritaje legal y es confidencial.
- 5.8. **Auditoría en salud.** - Tipo de Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud sobre todo el proceso de atención realizada o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, odontológica u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar auditoría. Se incluyen aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- 5.9. **Auditoría de caso.** -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud, que no está incluida en el Plan de Auditoría. 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 la parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, e incluye aspectos administrativos, relacionados directamente con la prestación brindada.

- 5.10. **Auditoría de registro.** - Es la verificación seriada o muestral de la calidad de registros de prestaciones asistenciales que debe contener la Historia Clínica, en relación a un determinado servicio asistencial.
- 5.11. **Auditoría programada.** - Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace la IPRESS, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial, según eventos priorizados.
- 5.12. **Auditoría dirimente.** -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.
- 5.13. **Calidad de la prestación.** - 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.
- 5.14. **Causa.** - Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del criterio. Sólo se podrá incluir en la redacción de los Hallazgos en una Auditoría de Caso, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento.
- 5.15. **Conclusión.** - Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
- 5.16. **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.
- 5.17. **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.
- 5.18. **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 la prestación. 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.

"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

- 5.19. **Evento adverso.** - Una lesión o resultado no deseado, 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 y no está relacionado con el curso natural de la enfermedad que motivo su internamiento.
- 5.20. **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 o el riesgo potencial de estos eventos y 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.
- 5.21. **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.
- 5.22. **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 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.
- 5.23. **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.
- 5.24. **Hallazgos de auditoría.** - Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de las prestaciones, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría indican la conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
- 5.25. **Historia clínica.** - Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, Integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
- 5.26. **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.
- 5.27. **Informe de auditoría.** - Es un documento que se emite al término de la auditoría programada y de caso, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
- 5.28. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).** - Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen



por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

5.29. **Médico tratante.**- Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel IPRESS en el que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en internamiento, el médico tratante es aquel que atiende y/o diagnostica por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización y en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que decide o asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del servicio o quien haga sus veces asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar en fase de formación.

5.30. **No Conformidad.** - Incumplimiento de un criterio en auditoría.

5.31. **Plan de Auditoría.** - Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año son desarrolladas por los Comités de Auditoría, en coordinación con la Oficina de Calidad, Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno o sus equivalentes de las Redes y OPN, según corresponda.

5.32. **Recomendaciones.** - Constituyen las propuestas o sugerencias que hace los Comités de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el qué, el quién, y el cuándo respecto a las propuestas planteadas.

5.33. **Riesgo.** - Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

5.34. **Sumilla.** - Título que resume el hallazgo. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.

CAPÍTULO II

ÓRGANOS RESPONSABLES

ARTÍCULO 6. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud es responsable de la difusión, brindar asistencia técnica y evaluación de la implementación de la presente Directiva.

ARTÍCULO 7. La Gerencia Central de Operaciones supervisa la aplicación de la presente Directiva en todas las IPRESS a través de las Redes y OPN que correspondan.

ARTÍCULO 8. Las Redes y OPN son responsables de difundir y supervisar su implementación en la IPRESS de su jurisdicción.

ARTÍCULO 9. Los Directores / Gerentes / Jefaturas, Jefes de Departamento y Servicios de las IPRESS y OPN según corresponda y en el marco de sus competencias, son responsables de la implementación y cumplimiento de la presente directiva.

ARTÍCULO 10. La Oficina de Calidad, Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno o sus equivalentes de las Redes y OPN, según corresponda, evalúan y dirigen el cumplimiento de las auditorías de los Comités de Auditoría.



CAPÍTULO III

DISPOSICIONES

ARTÍCULO 11. DISPOSICIONES GENERALES

- 11.1. La Auditoría se realiza en todas las IPRESS, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso.
- 11.2. La Auditoría se realiza en la misma IPRESS (Auditoría Interna) o a través de un comité de auditoría ajeno a la IPRESS (Auditoría Externa).
- 11.3. La Auditoría se organiza en las IPRESS mediante la constitución del Comité de Auditoría Médica y el Comité de Auditoría en Salud, en adelante los Comités de Auditoría.
- 11.4. Los Comités de Auditoría estarán integrados por un mínimo de tres (03) miembros titulares organizados de la siguiente forma: un Presidente, un Secretario de Actas, y uno (o más) Vocales. En el caso de existir miembros suplentes, deben cumplir con el perfil de auditor establecido en la presente directiva.
- 11.5. La auditoría es realizada por auditores formados en el campo de Auditoría en Salud, cuyos miembros de los Comités de Auditoría deben ser profesionales de la salud que cumplan con el siguiente perfil:
- Ser profesionales de la salud, mínimo dos años de ejercicio profesional en IPRESS de Nivel I y un mínimo de tres años de experiencia en IPRESS de Nivel II y Nivel III, de preferencia con especialidad, habilitado y recertificado.
 - No tener antecedentes de deméritos en la carrera pública por actos relacionados a: prestaciones asistenciales, antecedentes penales y/o judiciales, conflictos de intereses, entre otros.
 - Haber realizado cursos de capacitación con un mínimo de 60 horas académicas presenciales en Auditoría en Salud, Administración de Servicios de Salud o Salud Pública, debidamente certificadas por una entidad universitaria. Se recomienda que cuenten con número de registro de auditor expedido por su colegio profesional.
 - Tener experiencia en auditoría más de un (1) año para el Nivel I; y de más de dos (2) años para Servicios Médicos de Apoyo e IPRESS de niveles II y III.
- 11.6. Los Auditores se rigen para ejercer sus responsabilidades, bajo los siguientes principios:
- 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 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 está sujeto 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 sustentan 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.



- 11.7. Los Comités de Auditoría mantendrán coordinación con la Oficina de Calidad, Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno o sus equivalentes en las Redes y OPN, según correspondan. Los Comités de Auditoría son oficializados a través de una resolución del Director / Gerente de la IPRESS / OPN, refrendada por la autoridad inmediata superior.
- 11.8. Los Directores / Gerentes de las Redes, OPN e IPRESS, según corresponda, oficializan la conformación de los Comités de Auditoría mediante acto resolutivo y remiten copia a la Gerencia Central de Operaciones en un plazo máximo de 05 días útiles siguientes de su conformación.
- 11.9. Las actividades de los Comités de Auditoría tienen como plazo de inicio el 10 de enero de cada año.
- 11.10. Los Comités de Auditoría no dependen de ningún departamento o servicio, coordinan con la Oficina de Calidad, Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno o sus equivalentes en las Redes.
- 11.11. Las Oficina de Calidad, Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno o sus equivalentes de la Redes dirigen y evalúan el cumplimiento de las auditorías de los Comités de Auditoría de las IPRESS de su jurisdicción.
- 11.12. Los Comités de Auditoría, para sus actividades gozan de total libertad de criterio, además de determinar la pertinencia de la auditoría, basado en el conocimiento científico y tecnológico, y en la aplicación cabal de la presente Directiva, no estando sujetos a presiones de ninguna naturaleza.
- 11.13. El auditor en salud no emite pronunciamiento o no establece ni determina responsabilidades personales o colectivas de tipo médico legal o recomendaciones punitivas, por no ser el objetivo de la Auditoría.

- 11.14. La actividad de Auditoría Programada se estructura en cinco etapas: a) Planeamiento, b) Ejecución, c) Elaboración y presentación del Informe de Auditoría, d) Implementación de las Recomendaciones, y e) Seguimiento de las Recomendaciones.
- 11.15. Los Comités de Auditoría estarán a cargo de las Etapas de Planeamiento, Ejecución y Elaboración y presentación del Informe de Auditoría, conforme a su Plan de Auditoría.
- 11.16. Los Jefes de Departamento y Jefes de Servicio realizan reuniones mensuales de gestión para analizar las conclusiones de las Auditorías efectuadas e implementan las recomendaciones de mejora señaladas en los Informes de Auditoría, enviando el informe correspondiente al Director / Gerente de la IPRESS.
- 11.17. Los Directores / Gerentes de las Redes, OPN e IPRESS, según corresponda, monitorizan, supervisan, evalúan y realizan el seguimiento de la implementación de las recomendaciones de los Comités de Auditoría en su ámbito jurisdiccional.



ARTÍCULO 12. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

12.1. De los Comités de Auditoría

- a. En cada IPRESS, de acuerdo a su nivel de complejidad, se constituirán los siguientes Comités de Auditoría:
- Comité de Auditoría Médica.
 - Comité de Auditoría en Salud.
- b. El Comité de Auditoría Médica, se conforma obligatoriamente en las IPRESS del II y III nivel de atención, mientras que en las IPRESS del I nivel de atención se conforma de acuerdo al recurso humano disponible y el perfil requerido; organizados como mínimo por tres profesionales médicos: Presidente, Secretario de Actas, y uno (o más) Vocales.
- c. El Comité de Auditoría en Salud, se conforma obligatoriamente en las IPRESS del II y III nivel de atención, mientras que en las IPRESS del I nivel de atención se conforma de acuerdo al recurso humano disponible y el perfil requerido; organizados como mínimo por tres profesionales médicos y no médicos: Presidente, Secretario de Actas, y uno (o más) Vocales.
- d. Las Redes evalúan y determinan la conformación de Comités de Auditoría para las IPRESS del I nivel de atención de su jurisdicción; los cuales son conformados por profesionales de IPRESS de la misma jurisdicción o es asignado a los Comités de Auditoría de IPRESS ya conformados de la misma jurisdicción.
- e. Los Comités de Auditoría son los encargados de realizar las Auditorías de Caso, cuando son Auditorías Internas.
- f. Las Redes determinan la conformación del Comité para Auditoría de Caso en las IPRESS del I nivel de atención de su jurisdicción.

12.2. De los Miembros de los Comités de Auditoría

- a. Los miembros de los Comités de Auditoría tienen las siguientes responsabilidades compartidas:



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

- b. Participan en la elaboración y ejecución del Plan de Auditoría, el mismo que es presentado al Director / Gerente de la IPRESS para evaluación y aprobación. En el caso de IPRESS nivel I es evaluado y aprobado por Director / Gerente de la IPRESS en coordinación con la Oficina de Calidad, Oficina de Gestión de la Calidad y Control Interno o sus equivalentes en las Redes.
- Participan en la planificación, organización y evaluación de las actividades programadas en el Plan de Auditoría y de las Auditorías de Caso, según corresponda.
 - Participan en la ejecución de las auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
 - Participan en la planificación, ejecución y elaboración del Informe de Auditoría.

- c. Los miembros de los Comités de Auditoría según su cargo tienen las siguientes responsabilidades:

i. Presidente (a):

- Preside el Comité
- Convoca a reunión de Comité de Auditoría las veces que considere necesario.
- Participa en la formulación y ejecución del Plan de Auditoría.
- Elabora, verificar los Informes de Auditoría cumpliendo con lo dispuesto en la norma.
- Presenta los Informes de Auditoría al Director / Gerente para la implementación de recomendaciones.

ii. Secretario (a):

- Participa en la formulación y ejecución del Plan de Auditoría.
- Vela por la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas y de la documentación que se genere durante las Auditorías.
- Mantiene actualizado el Libro de actas elaborando las respectivas actas de las reuniones realizadas.
- Participa en la Elaboración y firma de los Informes de Auditoría.
- Asiste permanente y puntualmente a todas las reuniones convocadas.

iii. Vocal (s):

- Participa en la formulación y ejecución del Plan de Auditoría.
- Participa en la Elaboración y firma de los Informes de Auditoría.
- Asiste permanente y puntualmente a todas las reuniones convocadas.

- d. No podrán participar en la elaboración de la auditoría, los miembros de los Comités de Auditoría en los siguientes casos:

- 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 prestación a ser auditada.
- Si ha tenido intervención en la prestación 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.

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

Debiendo regirse, en cualquiera de los casos mencionados, bajo lo citado en el código de ética Institucional y del colegio profesional correspondiente.

12.3. De las etapas de la Auditoría Programada

En la Auditoría Programada se identifican las siguientes etapas:

- a. Planeamiento. - El Comité de Auditoría define los objetivos y alcance de la auditoría (Anexo N°s 1 y 2), para lo cual:
 - i. Obtiene información general del proceso y de la prestación a auditar, así como del servicio o unidad donde ésta se brindó (organización, funciones, normas, planes, programas y procesos de atención).
 - ii. Obtiene información sobre auditorías anteriores en relación al caso.
 - iii. Define los criterios de auditoría a utilizar (normativas, guías de práctica clínica, manuales, otros).
 - iv. Elabora los documentos de trabajo (plan de trabajo, listas de chequeo y otros) en base a los criterios establecidos.
 - v. Establece el cronograma del plan de trabajo.
- b. Ejecución. - Corresponde al Comité de Auditoría cumplir con las siguientes actividades de forma secuencial:
 - i. 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.
 - ii. Análisis y discusión: Revisión y evaluación de la historia clínica, de los registros 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.
- c. Elaboración del Informe de Auditoría. - Corresponde al Comité de Auditoría (Anexo N° 3):
 - i. Redactar de manera clara y concisa las No conformidades (sumillas) de la auditoría, así como las conclusiones y recomendaciones.
 - ii. Elevar el Informe de Auditoría a la Dirección/Gerencia de la IPRESS, luego de verificar que cumple con los requisitos de Auditoría.



- iii. En caso de que el Informe de Auditoría no cumpla con los requisitos, es devuelto al Comité de Auditoría para su revisión y reformulación; por única vez, el cuál debe devolver corregido en un plazo máximo de 7 días.
- iv. 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 utilizado.
- v. Usar iniciales para la identificación del caso (Apellidos y Nombres del paciente).
- vi. Los profesionales involucrados en la prestación deben ser identificados por grupo ocupacional seguido de sus iniciales (Apellidos y Nombres).

d. Implementación de las Recomendaciones. - Comprende:

Diseñar, aprobar y ejecutar un conjunto de acciones preventivas y/o correctivas orientadas a implementar las recomendaciones formuladas en el Informe de Auditoría.

Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Gerentes, Directores / Gerentes, Jefes o responsables de los Servicios o Áreas Consignados explícitamente en las recomendaciones del Informe de Auditoría.

e. Seguimiento de las Recomendaciones. - Comprende el monitoreo y la verificación del cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el Informe de Auditoría respectivo. Esta etapa corresponde ser ejecutada por el Director / Gerente de la IPRESS, quien debe:

- i. 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, fecha de seguimiento y estado de la implementación.
- ii. 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.
- iii. Elaborar y presentar el informe de seguimiento a la autoridad inmediatamente superior.
- iv. De considerar necesario se deberá programar las visitas para verificar la implementación de las recomendaciones.

12.4. De la metodología

- a. Los Comités de Auditoría en su análisis consideran los siguientes aspectos:
 - i. Concordancia con la normativa sectorial e institucional vigente, prácticas sanitarias evaluadas con las mejores prácticas definidas, aceptadas y estandarizadas en disposiciones previamente establecidas (criterios) en los documentos técnicos de gestión clínica.
 - ii. Coherencia entre anamnesis, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo.



- iii. Congruencia entre diagnóstico y tratamiento.
 - iv. Pertinencia del plan de trabajo: exámenes de patología clínica, de diagnóstico por imágenes, interconsultas, referencias, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
 - v. Oportunidad de la atención
 - vi. Adecuado manejo posterior al diagnóstico de acuerdo a evolución y resultado de los exámenes.
 - vii. Pertinencia del apoyo o intervención de otros profesionales o especialistas.
 - viii. Evaluación de la seguridad de la atención y reporte de eventos adversos hallados.
- b. Concluido el análisis se procede a la elaboración del Informe de Auditoría, de acuerdo al modelo propuesto.

12.5. Del Plan de Auditoría



- a. Corresponde a los Comités de Auditoría elaborar el Plan de Auditoría, el cual debe tener la aprobación del Director / Gerente de la IPRESS.
- b. En el caso de los Comités de Auditoría del I Nivel de atención cuando corresponda, deben tener la conformidad y aprobación de la Red respectiva.
- c. El Plan de Auditoría debe contener: Introducción, Finalidad, Objetivos, Base Legal, Ámbito de Aplicación, Actividades, Criterios de Selección y Cronograma. (Anexo N° 1).
- d. Las actividades del Plan de Auditoría para los Comités de Auditoría deben incluir:
 - i. Auditorías Programadas
 - ii. Auditoría de Registro
- e. Las Auditorías Programadas según el nivel de atención incluyen los aspectos señalados en el Anexo N° 2.
- f. Los Comités de Auditoría planifican como mínimo dos (02) auditorías programadas por trimestre considerando su perfil de demanda y otros documentos afines (auditorías de caso previas, reporte de eventos adversos, reclamos, entre otros).
- g. No corresponde elaborar el Plan de Auditoría para la Auditoría de Caso (Anexo N° 4).
- h. Las Auditorías de Registro, según nivel de atención evalúan las atenciones realizadas en los servicios de consulta externa, hospitalización, emergencia y centro quirúrgico, así como el formato de consentimiento informado según corresponda; para los cuales se utilizan los formatos del Anexo N° 5.
- i. Respecto a la programación de las Auditorías de Registro, éstas se realizan mensualmente utilizando los siguientes indicadores de rendimiento laboral de manera referencial según corresponda:

Auditoría de Registro	Rendimiento laboral por hora
Consulta Externa	4 historias clínicas por hora
Emergencia	4 historias clínicas por hora
Hospitalización	3 historias clínicas por hora
Centro Quirúrgico	4 historias clínicas por hora
Consentimiento Informado	4 historias clínicas por hora

- j. Los Comités de Auditoría elaboran su Plan de Auditoría y remiten a la Dirección / Gerencia de la IPRESS para su aprobación en un plazo máximo de 07 días de instalado.

12.6. Del Procedimiento de la Auditoría de Caso

- a. Cuando ocurre un suceso que vulnere la salud de un usuario, independientemente de que genere o no un reclamo del usuario, debe iniciarse una Auditoría de Caso (Anexo N° 4) por el comité de Auditoría Médica. La ejecución de la auditoría debe ser dispuesta por la autoridad máxima de la IPRESS.
- b. Cuando el Comité de Auditoría Médica tuviese elementos de juicio suficientes para presumir que el caso en análisis, hubiese sido motivado por la participación de otros profesionales de la salud no médicos, podrán proponer que se realice una Auditoría en Salud, en lugar de la Auditoría Médica.
- c. En caso que el Ministerio de Salud (Dirección de Redes Integradas de Salud, Gerencia o Dirección Regional de Salud) solicite una auditoría de caso, esta deberá ser solicitada a través de la máxima autoridad de ESSALUD y es canalizada según corresponda.
- d. Cuando se proceda a realizar una Auditoría de Caso, la máxima Autoridad de la IPRESS, tiene la responsabilidad de proporcionar una copia foliada y fedateada de la historia clínica completa al Comité de Auditoría Médica, adjunto a la disposición de realizar la auditoría de caso.
- e. La Auditoría de Caso no procederá cuando:
- i. Existe Auditoría de caso previa no observada.
 - ii. Se solicite directamente por el paciente o derechohabientes, o cuando la solicitud no corresponde a una prestación médica sino a una falta de carácter administrativo o de otra índole.
 - iii. El caso se encuentra en proceso judicial, en virtud que el proceso de auditoría de caso va dirigida a la mejora de la prestación en salud y no a acciones punitivas que pudieran derivarse de ella
- f. Las Auditorías de Caso se realizan entre otros, ante:
- Defunciones con problemas diagnósticos
 - Reingreso por el mismo diagnóstico
 - Complicaciones anestésicas
 - Complicaciones operatorias
- g. Para realizar la Auditoría de Caso, el procedimiento es:



- i. Inmovilización de la Historia Clínica. El Director / Gerente de la IPRESS es el responsable de disponer de manera inmediata, las medidas de seguridad pertinentes para el buen recaudo de la historia clínica, de modo que se garantice la no modificación del registro de la misma con posterioridad a la prestación brindada.
- ii. Los Comité de Auditoría, tienen acceso a la Historia Clínica original, a través de los conductos regulares establecidos en la IPRESS, en el momento que lo requiera y las veces que sean necesarias, dentro de la IPRESS, la misma que debe ser devuelta en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas. Si antes de cumplirse este plazo el paciente necesita hacer uso de su historia clínica, el Comité tendrá que devolverla.
- iii. La copia de la Historia Clínica y demás documentos relacionados a la prestación del paciente para su evaluación, es solicitada de manera formal al Director / Gerente de la IPRESS donde se brindó la prestación de salud, quien en el más breve plazo proporcionará una copia foliada y fedateada de todos los documentos solicitados.



- h. El Comité recopila y analiza los documentos relacionados con la prestación médica del paciente: guías de práctica clínica, protocolos, libros de registros de atenciones médicas, libros de sala de operaciones, etc. Asimismo, el Comité de Auditoría solicita los informes pertinentes al personal que participó en la prestación, para lo cual otorgará el plazo que estime conveniente, para que remitan los informes de descargo solicitados, sin que esto retrase el desarrollo de la auditoría planificada ni la emisión del Informe de Auditoría de Caso correspondiente.
- i. Durante el proceso, el Comité de Auditoría otorgará el plazo no mayor de 72 horas al personal de salud involucrado en el caso, para que remitan los informes de descargo solicitados, de modo que no interfiera o retrase la emisión del Informe de Auditoría respectivo.
- j. El Comité podrá solicitar la participación de Expertos Técnicos o Especialistas (Intra o extra institucional), en la materia motivo de la Auditoría, los cuales emitirán opinión técnica por escrito en un plazo acordado por ambas partes. El profesional convocado debe cumplir los siguientes requisitos:
 - i. Profesional con título universitario, colegiado, con registro de especialista, si fuera el caso, habilitado para el ejercicio profesional por el colegio correspondiente.
 - ii. Experiencia profesional como especialista, si fuera el caso, de por lo menos 2 años para el I Nivel de Atención, de 4 años para el II Nivel de Atención y 6 años para el III Nivel de Atención.
 - iii. No haber recibido sanción en aspectos ético-deontológico.
 - iv. No estar involucrado en el proceso de prestación de salud auditado.
- k. El Director / Gerente de la IPRESS, determinará si la Auditoría de Caso y el Informe de Auditoría cumplen con los requisitos de Auditoría. De ser así, dará por aceptadas las conclusiones. En caso de rechazarla, podrá devolver el Informe de Auditoría para su revisión y reformulación, por única vez.

“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

- I. El paciente puede solicitar una fotocopia del Informe de Auditoría de Caso, en el marco de la normativa vigente, para los fines que estime pertinente.

12.7. De la Estructura del Informe de Auditoría (Programada/Caso)

- a. El Informe de Auditoría que se presenta a la Dirección/Gerencia de la IPRESS tendrá la siguiente estructura (Anexos N°s 3 y 4):

- i. Encabezado
- ii. Antecedentes
- iii. Origen de la auditoría
- iv. Tipo de auditoría
- v. Alcance de la auditoría
- vi. Metodología usada
- vii. Información clínica
- viii. Hallazgos
- ix. Conclusiones
- x. Recomendaciones
- xi. Firmas
- xii. Anexos

- b. Encabezado: contiene la consignación básica que identifica el Informe de Auditoría, su destino, su origen, y el asunto que lo motiva y su uso posterior. Comprende:

- i. El Número del Informe de Auditoría, correlativa, única e intransferible que lleva el Comité de Auditoría correspondiente de la IPRESS.
- ii. El Destinatario, corresponde al Director / Gerente de la IPRESS
- iii. El Remitente, corresponde a la denominación del Comité de Auditoría que presenta el Informe de Auditoría.
- iv. El Asunto, corresponde a la Auditoría de la Calidad de la Prestación brindada al paciente identificado mediante iniciales y el número de Historia Clínica.
- v. Referencia, corresponde al documento que da origen a la auditoría.
- vi. Fecha del Informe de Auditoría, aquella en la que se concluye la auditoría.

- c. Antecedentes: Relato cronológico de los hechos que dan origen a la realización de la auditoría (la prestación brindada, auditorías anteriores del caso y otros).
- d. Origen de la Auditoría: Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la Dirección/Gerencia de la IPRESS o autoridad competente).
- e. Tipo de Auditoría: Clasificada según lo dispuesto en la presente Directiva,
- f. Alcance de la Auditoría: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ejm. los servicios que participaron en la prestación del paciente)



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

g. 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 del cumplimiento de los criterios en la prestación de salud auditados.
- Identificación de no conformidades
- Formulación de conclusiones y recomendaciones

h. 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 prestación del paciente.

i. Hallazgos: Se consignan las no conformidades, identificadas al analizar la prestación 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:

- i. Sumilla: Título de la No Conformidad.
- ii. Condición: Descripción narrativa de la No Conformidad. En la Auditoría de Caso debe incluir el número de folio de la historia clínica donde se evidencia la no conformidad.
- iii. Criterio: Dispositivo legal, normativa u otra disposición que debe aplicarse para brindar la prestación objeto de la auditoría y que sustenta la no conformidad identificada.

Sólo 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 en guías o normas para los mismos.

j. 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. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor.

k. Recomendaciones: 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 (área responsable), y el plazo para realizarlo.

l. Firmas: Registro al pie del Informe de Auditoría los nombres y apellidos, sello y número 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. Deberán tener un mínimo de 3 firmas.

12.8. De los requisitos para evaluar el Informe de Auditoría

Al evaluar el Informe de Auditoría, debe verificarse el cumplimiento de los siguientes requisitos, que le dan la consistencia técnica al mismo:

“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

- a. Tener la estructura del Informe de Auditoría (Anexos N°s 3 y 4), contenida en ésta Directiva.
- b. El contenido del mismo está orientado siempre a la mejora continua de los procesos, no a acciones de carácter punitivo.
- c. En relación a los hallazgos y conclusiones:
Los hallazgos deben guardar coherencia con la(s) conclusión(es).
Cada conclusión deriva en una o más recomendaciones de mejora de los hallazgos.
- d. Cada recomendación consta de tres partes:
 - El cargo de la Autoridad a la que va dirigida.
 - Lo que se recomienda, precisando las acciones a seguir.
 - El plazo que se otorga para el cumplimiento de la misma, con excepción de las actividades cuyos plazos están registrados en normas específicas.
- e. El Informe de Auditoría es redactado de forma ordenada, en lenguaje sencillo y objetivo.
- f. El informe de Auditoría es integral (audita todos los aspectos pertinentes sobre el incidente clínico)
- g. Utiliza todos los criterios de auditoría necesarios y pertinentes.



12.9. De los Plazos

- 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 de Auditoría de Caso sea observado, el Comité de Auditoría dispondrá de cinco (05) días hábiles adicionales, por única vez, para reformularlo.
- d. El plazo establecido para la entrega del Informe de Auditoría, se cuenta a partir de la recepción de la copia ordenada, foliada y fedateada de la Historia Clínica y éstos podrán ser ampliados de acuerdo a disponibilidad de recurso humano determinada por la Dirección/Gerencia de la IPRESS.
- e. La Dirección/Gerencia de la IPRESS, 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 un suceso clínico que implique un riesgo potencial o de un grave impacto en la salud pública.



12.10. De otros actores relacionados con la Auditoría

Los otros actores relacionados con la auditoría tienen las siguientes responsabilidades:

- a. Del Director / Gerente de las Redes, OPN e IPRESS:

- i. Designar mediante acto resolutivo por el período de un año, que inicia el 10 de enero de cada año, a los miembros de los Comités de Auditoría.
- ii. Asegurar los recursos adecuados para la operatividad de los Comités de Auditoría.
- iii. Disponer que los integrantes de los Comités de Auditoría, dediquen a las actividades de auditoría de acuerdo a la estructura orgánica de la IPRESS, un tiempo mínimo de:

- Comité de Auditoría Médica

- Mínimo tres (03) horas, máximo seis (06) horas semanales, de acuerdo a disponibilidad de recurso humano, para IPRESS de Nivel I.
- Seis (06) horas semanales para IPRESS de Nivel II y III, de acuerdo a disponibilidad de recurso humano, pudiendo ser más si así lo estima necesario considerando el incremento de horas para el cumplimiento de los tiempos establecidos para las auditorías de caso no programadas.
- Dicho tiempo es parte de la programación ordinaria mensual de los integrantes de los Comités de Auditoría.

- Comité de Auditoría en Salud

- Mínimo tres (03) horas, máximo seis (06) horas mensuales, de acuerdo a disponibilidad de recurso humano.
- Dicho tiempo es parte de la programación ordinaria mensual de los integrantes de los Comités de Auditoría.

- iv. Incluir la capacitación de los profesionales de la salud de la IPRESS a su cargo, en temas relacionados a la Auditoría.

- v. Tomar conocimiento de las conclusiones emitidas en los Informes de Auditoría de los Comités de Auditoría, según corresponda, así como disponer la implementación de las recomendaciones.

- vi. Pueden observar y devolver el Informe de Auditoría cuando no cumple con los requisitos de la Auditoría de la presente Directiva.

- b. Si la complejidad de la IPRESS, lo hace recomendable, podrá existir un Coordinador de Auditoría de la IPRESS, quien es un profesional médico con formación en Auditoría, cumple con el perfil de Auditor y es oficializado por el Director / Gerente de la IPRESS.

- c. El Coordinador de Auditoría de la IPRESS, realiza las siguientes funciones:

- i. Coordinar con los Comités de Auditoría la elaboración del Plan de Auditoría, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades.
- ii. Elevar el Informe de Auditoría al Director / Gerente de la IPRESS, cuando cumple con los requisitos de la Auditoría.



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

- iii. Realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones emitidas por los Comités de Auditoría en los Informes de Auditoría respectivos.
- iv. Promover propuestas de mejora de acuerdo al análisis de los Informes de Auditoría.

12.11. Del reporte de actividades de Auditoría

- a. Los Comités de Auditoría reportan el avance del Plan de Auditoría, en forma mensual al Director / Gerente de la IPRESS/OPN. El Director / Gerente de las IPRESS reporta al Director / Gerente de la Red y éste deriva a la Unidad Orgánica responsable de Calidad de la Red, según corresponda. El Director / Gerente de la OPN deriva a la Unidad Orgánica responsable de Calidad de la OPN, según corresponda (Anexo N° 6).
- b. La Unidad Orgánica responsable de Calidad de las Redes y OPN según corresponda, reportan a través de su Director / Gerente, a la Gerencia Central de Operaciones trimestralmente el avance de ejecución del Plan de Auditoría en los quince (15) días siguientes de concluido el trimestre (Anexo N° 6).
- c. La Gerencia Central de Operaciones remite información consolidada a la Gerencia General y a la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización u otras unidades orgánicas que lo requieran.



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primero. El incumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva por parte de los funcionarios, jefes de departamento, jefes de servicio, trabajadores profesionales y no profesionales de la salud, constituye falta de carácter disciplinario y es sancionado según normatividad legal vigente.

Segundo. Las normas aprobadas por la Autoridad Sanitaria aplican supletoriamente a lo dispuesto en la presente directiva.



ANEXOS



ANEXO N° 1**MODELO DEL PLAN DE AUDITORÍA**

1. **Introducción:** Parte esencial del plan que contiene la explicación y justificación del mismo.
2. **Finalidad:** Describe el efecto o impacto que se quiere alcanzar con la aplicación del plan.
3. **Objetivos:** Describe los logros que se esperan alcanzar con la aprobación del plan.
Se considera objetivos generales o específicas según corresponda los cuales deben servir para orientar la medición y el análisis de los resultados de su aplicación.
4. **Base Legal:** Precisa los dispositivos legales vigentes directamente relacionados con el plan y que sustentan su emisión.
5. **Alcance:** Define los límites de aplicabilidad del plan.
6. **Actividades:** Acciones planificadas para el logro de los objetivos.

Auditoria de Registro (Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, Centro Quirúrgico, Consentimiento Informado; de acuerdo a nivel de complejidad)
Auditoria Programada.

7. **Criterios de Selección y características de sus muestras:** Selección de las situaciones a programar, de acuerdo al análisis de la situación de salud de la IPRESS, informes de eventos adversos para identificación de riesgos, Informes de Auditorías de Caso, informes de quejas y reclamos, entre otros.
8. **Anexo:** Cronograma



ANEXO N° 2

TABLA REFERENCIAL PARA PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS

AUDITORIA MEDICA

NIVEL DE ATENCIÓN	EVENTOS PROGRAMABLES POR EL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA
IPRESS III Nivel - II Nivel	Estancia Prolongada en Hospitalización
	Estancia Prolongada en Observación de Emergencia
	Cesárea primaria
	Reintervención quirúrgica por resangrado
	Defunción con problema diagnóstico
	Reingreso a Emergencia por el mismo diagnóstico <24h
	Neumonía Intrahospitalaria
	Diagnóstico oncológico en estadio avanzado
	RN Prematuro
	Complicaciones neurovasculares de la Diabetes mellitus
	Tuberculosis MDR/XDR
IPRESS I Nivel	Diabetes mellitus: complicaciones agudas/crónicas
	HTA: complicaciones agudas/crónicas
	ERC estadio 3a/3b
	Anemia en paciente pediátrico
	Estancia Prolongada en Observación de Urgencia
	Reingreso a Urgencia por el mismo diagnóstico <24h
	Gestante con Preeclampsia
	Cáncer ginecológico u otras neoplasias de acuerdo a perfil
	Tuberculosis MDR/XDR



AUDITORIA EN SALUD

NIVEL DE ATENCIÓN	EVENTOS PROGRAMABLES POR EL COMITÉ DE AUDITORIA EN SALUD
I, II y III Nivel (Según corresponda)	Manejo interdisciplinario del paciente con úlcera de presión
	Infección relacionada al uso de catéter venoso central
	Neumonía asociada a ventilación mecánica
	Manejo interdisciplinario del paciente post operado de cirugía cardiaca
	Cumplimiento de cartera de servicios por etapas de vida (IPRESS con población adscrita):
	Gestante y puerpera
	Niño
	Adolescente
	Joven
	Adulto
	Adulto mayor
	Programa de Salud Renal
	Cuidado integral del paciente con Diabetes mellitus
Cuidado integral del paciente con HTA	
Cuidado integral del paciente con Tuberculosis	



ANEXO N° 3**MODELO DEL INFORME DE AUDITORÍA PROGRAMADA**

Auditoría N° -XXXXX-20...

A : Director/Gerente de la IPRESS

De : Equipo Auditor

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

Referencia :

Fecha del Informe :

1. **ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la prestación brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. **ORIGEN DE LA AUDITORIA:** Indicar qué documento originó la realización de la auditoría.
3. **TIPO DE AUDITORIA:** Clasifica a la Auditoría Programada.
4. **ALCANCE DE LA AUDITORIA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. Prestación brindada al paciente XX, en la IPRESS 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 prestación 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 de Comité de Auditoría que participó.
11. **ANEXOS**



ANEXO N° 4**MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE CASO**Auditoría N° - 20.....

A : Director/Gerente de la IPRESS

De : Equipo Auditor

Asunto : Auditoría de la Calidad de la Prestación en Salud (Auditoría de caso) brindada al paciente XX N° XX historia clínica del servicio XX.

Referencia :

Fecha del Informe :

1. **ANTECEDENTES:** Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la prestación brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar qué documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la Dirección/Gerencia de la IPRESS, del juez o autoridad competente).
3. **TIPO DE AUDITORIA:** Auditoría de Caso.
4. **ALCANCE DE LA AUDITORIA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. prestación proporcionada al paciente XX, en la IPRESS XX del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio XX.
5. **METODOLOGÍA:** La metodología recomendada en la presente Directiva es:
 - Reconstrucción documentada de los hechos.
 - Análisis de la información disponible.
 - Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario).
 - Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud identificando los hallazgos.
 - Evaluación de la presencia de los eventos centinela (Eventos adversos graves).
6. **INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las prestaciones 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 prestación del paciente.
7. **HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la prestación 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.Sólo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la causa, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.
Al término del desarrollo de cada hallazgo, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

- 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 sólo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
- 9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
- 10. **FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité de Auditoría que participaron.
- 11. **ANEXOS**



ANEXO N° 5

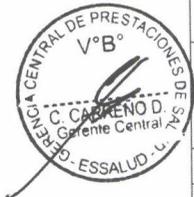
FORMATOS DE AUDITORÍA DE REGISTRO

ANEXO N° 5.1					
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORÍA					
NUMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA					
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA					
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
FILIACIÓN	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y número de Seguro	0.25			0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25			0	
SUBTOTAL	4				
ANAMNESIS	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Fecha y hora de atención	1	0.5		0	
Motivo de la consulta	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Relato cronológico	3	1.5		0	
Funciones Biológicas	1	0.5		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	9				
EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

III.- NO CONFORMIDADES
IV.- CONCLUSIONES
V.- RECOMENDACIONES



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.1	
INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN CONSULTA EXTERNA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención.
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la historia clínica.
CODIFICACIÓN DEL PERSONAL TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio profesional.
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
AUDITORÍA POR DIAGNÓSTICO	Se selecciona la última consulta correspondiente al diagnóstico definitivo a auditar, si esta es una consulta de seguimiento para estudio diagnóstico o control se evaluará la información de la primera consulta correspondiente al episodio actual de dicho diagnóstico, a la cual se aplicará la ficha de consulta externa. Para la evaluación del ítem seguimiento y control de la evolución este se aplicará a las consultas posteriores a la primera consulta del episodio actual (en caso de ser un paciente crónico en el cual la primera consulta es de un periodo largo se aplicará el seguimiento a las 10 últimas consultas)
AUDITORÍA DE UNA CONSULTA	Se selecciona una consulta de las historias clínicas que correspondan a la primera consulta o reevaluación completa de un determinado diagnóstico (independientemente del diagnóstico). Se Aplica la Ficha Completa excepto el ítem referente a seguimiento y control de la evolución.
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Completo: Registro en la primera consulta de los datos correspondientes a la filiación, los cuales son en número de 16 en la ficha de Consulta externa. No existe: No se registran los datos.
ANAMNESIS	
FECHA Y HORA DE ATENCIÓN	Completo: Se registra fecha y hora de la atención, Incompleta Se consigna solamente fecha u hora de atención, No existe: no se registran los datos.
MOTIVO DE CONSULTA	Completo: Signos y síntomas principales y/o otros motivos de la consulta, como consulta de control o evaluación de exámenes de apoyo al diagnóstico, etc. No existe: no se registra el/los 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 característica 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, EPIDEMIOLOGICOS Y OCUPACIONALES	Completo: Se registran todos los antecedentes pertinentes según la anamnesis que contribuyan a la orientación diagnóstica Incompleto: Se registran los antecedentes según la anamnesis de manera parcial, No existe: no se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

FUNCIONES VITALES	Completo: Se registran los datos completos referentes a Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardiaca (FC), Presión arterial (PA) (la P.A. en población pediátrica se consignará solo en casos que lo amerite), Incompleta: 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 incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis. No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNOSTICO	
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.
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. Incompleta: 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 Incompleta: 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. Incompleta: 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 Contrarreferencia. Completas: cuando las referencias cumplen totalmente la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia. Incompletas: cuando las referencias cumplen parcialmente la normativa. En exceso: se realizan otras no necesarias. No existen: no se solicitan referencias.
PROCEDIMIENTOS	Completo: Concordantes con el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos a su vez concordantes con la anamnesis y el examen clínico Incompleta: No se consigna la indicación de todos los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no se indican oportunamente En exceso: Se indican además de los necesarios procedimientos que no corresponden, No existe: No se indican los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos necesarios / no son concordantes con la anamnesis, examen clínico y diagnósticos presuntivos y/o definitivos.
FECHA DE PRÓXIMA CITA	Completa: Se registra la fecha de próxima cita para control y/o continuación de estudio diagnóstico de corresponder. No existe: No se registra el dato de corresponder.
TERAPEÚTICA	
TRATAMIENTO	Completo: Concordante y coherente con el/los diagnósticos establecidos y se registran todos los ítems referentes a tratamiento señalados en el formato de auditoría. Incompleto: no se registran todos los ítems señalados en el formato de Auditoría. No existe: No se registran todos los ítems señalados o el tratamiento no es concordante con el/los diagnósticos establecidos.
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.



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

ANEXO N° 5.2			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN EMERGENCIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	0.5	0	
Nombres y apellidos del paciente	0.5	0	NA
Tipo y N° Seguro	0.5	0	NA
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	NA
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		





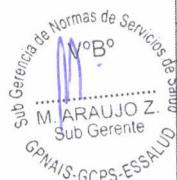
“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

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		



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

NOTAS DE EVOLUCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de evolución	1	0	
Nota de Ingreso	1	0	
Apreciación subjetiva	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	
Legitimidad	1	0	
No uso de abreviaturas	1	0	
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	IGUAL O MAYOR 90%		
POR MEJORAR	ENTRE 75 A 89 %		
DEFICIENTE	MENOS 75%		
III. NO CONFORMIDAD			
IV. CONCLUSION			
V. RECOMENDACIONES			





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.2	
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN EMERGENCIA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el número de la Historia Clínica
CODIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	Registro de matrícula del Colegio Profesional
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Datos que deben registrarse al momento de abrir la historia clínica. Se 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.
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 está redactado de manera coherente/no está relacionado con los signos y síntomas principales
FUNCIONES BIOLÓGICAS	Conforme: Se registran los datos referentes a variaciones en el apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y peso. No conforme: se registran en forma parcial o no hay registro de los datos.
ANTECEDENTES	Conforme: Se registran los antecedentes personales fisiológicos, patológicos, de alergias medicamentosas, ocupacionales y familiares pertinentes según la anamnesis y que contribuyan a la orientación diagnóstica y/o terapéutica No Conforme: No se registran los datos correspondientes.
EXAMEN CLÍNICO	
FUNCIONES VITALES	Conforme: Se registran los datos referentes a Temperatura (T°) , Frecuencia respiratorio(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



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

ANEXO N° 5.3					
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN					
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA					
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA					
NÚMERO DE AUDITORÍA					
FECHA DE AUDITORÍA					
SERVICIO AUDITADO					
ASUNTO					
FECHA DE HOSPITALIZACIÓN					
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA					
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE					
DIAGNÓSTICO DEL ALTA					
CIE 10					
II) OBSERVACIONES					
ANAMNESIS	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
FILIACIÓN					
Número de historia clínica	0.25			0	
Nombres y apellidos del paciente	0.25			0	
Tipo y N° Seguro	0.25			0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.25			0	
Edad	0.25			0	
Sexo	0.25			0	
Domicilio actual	0.25			0	
Lugar de Procedencia	0.25			0	
Documento de identificación	0.25			0	
Estado Civil	0.25			0	
Grado de instrucción	0.25			0	
Ocupación	0.25			0	
Religión	0.25			0	
Teléfono	0.25			0	
Acompañante	0.25			0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.25				
Fecha de Ingreso	0.25				
Fecha de elaboración de historia clínica	0.25				
SUBTOTAL	4.5				
ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES					
	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Signos y Síntomas principales	1			0	
Tiempo de enfermedad	1			0	
Forma de inicio	1			0	
Curso de la enfermedad	1			0	
Relato Cronológico de la enfermedad	3	1		0	
Funciones Biológicas	1	1		0	
Antecedentes	2	1		0	
SUBTOTAL	10				



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

EXAMEN CLÍNICO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Examen Clínico General					
Funciones vitales: Temperatura (T°), Frecuencia respiratoria (FR), Frecuencia cardíaca (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				
DIAGNÓSTICOS	COMPLETO	INCOMPLETO	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				
PLAN DE TRABAJO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Exámenes de Patología Clínica pertinentes	4	1	2	0	
Exámenes de Diagnóstico por imágenes pertinentes	4	1	2	0	
Interconsultas pertinentes	3	1	2	0	NA
Referencias Oportunas	3				NA
Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos pertinentes	5	1	2	0	NA
SUBTOTAL	19				
TRATAMIENTO	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Régimen higiénico-dietético y medidas generales concordantes y coherentes.	4	2		0	
Nombre de medicamentos coherentes y concordantes con Denominación Común Internacional (DCI).	4	2		0	
Consigna presentación	1			0	
Dosis del medicamento	1			0	
Frecuencia del medicamento	1			0	
Vía de administración	1			0	
Cuidados de Enfermería y otros profesionales	2			0	
SUBTOTAL	14				
NOTAS DE 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			0	NA
Plan terapéutico	0.5			0	
Firma y sello del médico que evoluciona	0.5			0	
SUBTOTAL	4				



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

REGISTROS DE ENFERMERÍA/ OBSTETRICIA	COMPLETO	INCOMPLETO	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Notas de ingreso de enfermería/obstetricia	1			0	
Notas de Evolución de enfermería/obstetricia	1			0	
Hoja de Gráfica de Signos vitales	1			0	
Hoja de balance hídrico	1			0	
Kardex	1			0	
Firma y sello del Profesional	1			0	
SUBTOTAL	6				
ESPECIFICA INDICACIONES DE ALTA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Informe de Alta	1			0	
Medicamentos prescritos	1			0	
Cuidados generales e indicaciones de reevaluación posterior por consulta externa	1			0	
SUBTOTAL	3				
ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Firma y sello del médico tratante	1			0	
Orden cronológico de las hojas de la historia clínica	1			0	
Pulcritud	1			0	
Legibilidad	1			0	
No uso de abreviaturas	1			0	
SUBTOTAL	5				
FORMATOS ESPECIALES	COMPLETA	INCOMPLETA	EN EXCESO	NO EXISTE	NO APLICA
Formato de interconsulta	0.5			0	NA
Formato de orden de intervención quirúrgica	0.5			0	NA
Reporte operatorio	0.5			0	NA
Hoja de evolución pre anestésica	0.5			0	NA
Lista de verificación de seguridad de la cirugía	1			0	NA
Hoja de anestesia	0.5			0	NA
Hoja post anestésica	0.5			0	NA
Formatos de patología clínica formato de diagnóstico por imágenes	0.5			0	NA
Formato de anatomía patológica	0.5			0	NA
Formato de consentimiento informado	1			0	NA
Formato de retiro voluntario	0.5			0	NA
Epicrisis	1			0	NA
SUBTOTAL	7.5				
TOTAL	100				
CALIFICACIÓN					
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
POR MEJORAR	75-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO				
III.- NO CONFORMIDAD					
IV.- CONCLUSION					
V.- RECOMENDACIONES					


 V°B°
 C. CARREÑO D.
 Gerente Central
 GPNAS-GCPS-ESSALUD

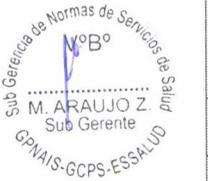

 V°B°
 M. ARAUJO Z.
 Sub Gerente
 GPNAS-GCPS-ESSALUD


 V°B°
 M. ESCOBAR C.
 Sub Gerente
 GPNAS-GCPS-ESSALUD

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.3	
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN HOSPITALIZACIÓN	
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 auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
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 el/los 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 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 respiratorio (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 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, fascies, tipo constitucional, postura, hidratación, estado de nutrición, nivel de conciencia, piel y anexos.
	No existe: No se registra ningún dato o se registra de forma incompleta.
EXAMEN CLÍNICO REGIONAL	Completo: Se registran las No Conformidades positivas y negativas del examen físico regional completo por aparatos y sistemas. Incompleto: Se registra de forma incompleta las No Conformidades positivas y negativas de los aparatos y sistemas pertinentes a evaluar según la anamnesis.
	No existe: No se registran los datos sobre el examen clínico regional.
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO	Completo: se registra el (los) diagnósticos presuntivos coherentes y concordantes con la anamnesis y el examen clínico en forma total.
	Incompleto: se registran en forma parcial.
	No existen: No se registran
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Coherentes: En relación con la anamnesis y el examen clínico. Completo: se registra el (los) diagnósticos definitivos en forma total. Incompleto: se registra en forma parcial. No existe: No se registra



V°B°
 C. CARREÑO D.
 Gerente Central
 GPNAIS-GCPS-ESSALUD



V°B°
 M. ARAUJO Z.
 Sub Gerente
 GPNAIS-GCPS-ESSALUD



V°B°
 M. ARAUJO Z.
 Sub Gerente
 GPNAIS-GCPS-ESSALUD

"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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



ANEXO N° 5.4			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO CENTRO QUIRÚRGICO			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA			
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
COLEGIATURA 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	
Tipo y N° Seguro	0.5	0	
Lugar y fecha de nacimiento	0.5	0	
Edad	0.5	0	
Sexo	0.5	0	
Domicilio actual	0.5	0	
Lugar de Procedencia	0.5	0	
Documento de identificación	0.5	0	
Estado Civil	0.5	0	
Grado de instrucción	0.5	0	
Ocupación	0.5	0	
Religión	0.5	0	
Teléfono	0.5	0	
Acompañante	0.5	0	
Domicilio y/o teléfono de la persona responsable	0.5	0	
Fecha de ingreso	0.5	0	
Fecha de elaboración de historia clínica	0.5	0	
SUBTOTAL	9		
ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y hora de solicitud	0.5	0	
Nombres y apellidos	2	0	
Número de Historia Clínica	0.5	0	
Edad	0.5	0	
Sexo	0.5	0	
Diagnóstico	4	0	
Procedimiento quirúrgico	4	0	



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

Fecha de programación	0.5	0	
Nombres y apellidos del médico cirujano o médico especialista	1	0	
Nombres y apellidos del primer ayudante	0.5	0	
Grupo sanguíneo, Hemoglobina	2	0	
Tipo de anestesia prevista	2	0	
Firma y sello del médico cirujano o médico especialista	0.5	0	
Firma y sello del jefe del servicio o del departamento	0.5	0	
SUBTOTAL	19		
REPORTE OPERATORIO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombres y apellidos	2	0	
Número de Historia Clínica	0.5	0	
Edad	0.5	0	
Sexo	0.5	0	
Servicio	0.5	0	
Número de cama	0.5	0	
Tipo de anestesia empleada	2	0	
Fecha de intervención quirúrgica	0.5	0	
Hora de inicio y termino de intervención quirúrgica	2	0	
Tiempo operatorio	2	0	
Diagnóstico pre operatorio	4	0	
Diagnostico post operatorio	4	0	
Descripción de la técnica o procedimiento realizado	4	0	
Hallazgos operatorios	4	0	
Complicaciones durante la intervención quirúrgica	2	0	
Nombres y apellidos de cirujano	0.5	0	
Nombres y apellidos del primer y/o segundo ayudante	0.5	0	
Nombres y apellidos del anesthesiólogo	0.5	0	
Nombres y apellidos de enfermera instrumentista	0.5	0	
Estado y destino del paciente al salir del quirófano	0.5	0	
Indicación de examen anatómo patológico y/o bacteriológico	1	0	NA
Firma y sello de médico que realiza el informe	0.5	0	
SUBTOTAL	23		
HOJA DE EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombres y apellidos	2	0	
Número de Historia Clínica	0.5	0	
Edad	0.5	0	
Sexo	0.5	0	
Servicio	0.5	0	
Número de cama	0.5	0	
Antecedentes clínicos	2	0	
Resumen de enfermedad actual	2	0	





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

Datos importantes de examen físico	2	0	
Tipo de anestesia prevista	2	0	
Riesgo anestesiológico	2	0	
Conclusiones	2	0	
Fecha y hora	1	0	
Firma y sello del Anestesiólogo	0.5	0	
SUBTOTAL	18		
HOJA DE ANESTÉSICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombres y apellidos	2	0	
Número de Historia Clínica	0.5	0	
Edad	0.5	0	
Sexo	0.5	0	
Servicio	0.5	0	
Número de cama	0.5	0	
Diagnostico pre y post operatorio	2	0	
Medicación pre anestésica utilizada	2	0	
Resumen de la validación pre operatoria	2	0	
Hora de inicio y fin de la anestesia	1	0	
Descripción de la técnica anestésica	2	0	
Medicación administrada	2	0	
Gráfica de constantes vitales	1	0	
Balance hídrico	1	0	NA
Estado clínico del paciente	1	0	
Fecha y hora	1	0	
Firma y sello del Anestesiólogo	0.5	0	
SUBTOTAL	20		
HOJA POST ANESTÉSICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombres y apellidos	0.5	0	
Número de Historia Clínica	0.5	0	
Edad	0.5	0	
Sexo	0.5	0	
Servicio	0.5	0	
Número de cama	0.5	0	
Fecha, hora de ingreso y egreso	0.5	0	
Registro de monitoreo de funciones vitales	1	0	
Condición de ingreso a recuperación	1	0	
Anotaciones de evolución	1	0	
Balance hídrico	1	0	
Tratamiento administrado	2	0	
Condición de egreso	1	0	
Firma y sello del Anestesiólogo	0.5	0	
SUBTOTAL	11		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO		90 – 100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

POR MEJORAR	75 – 89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO
III. NO CONFORMIDAD	
IV. CONCLUSIÓN	
V. RECOMENDACIONES	



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.4	
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO EN CENTRO QUIRÚRGICO	
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 auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
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
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	Conforme: 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 conforme: No se registran los datos.
ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	
FECHA Y HORA DE SOLICITUD	Conforme: Se registra fecha y hora de la orden de intervención quirúrgica, No conforme: no se registran datos
FILIACIÓN DE LA ORDEN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Conforme: Se registra en la orden de intervención quirúrgica los datos correspondientes a la filiación, como los nombres y apellidos, número de historia clínica, edad y sexo. No conforme: No se registran los datos.
DIAGNÓSTICO	Conforme: Se registra el diagnostico concordante 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, exámenes de apoyo al diagnóstico.
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Conforme: Se registra el procedimiento quirúrgico. No conforme: No se registran datos
FECHA DE PROGRAMACIÓN	Conforme: Se registra la fecha de programación de la intervención quirúrgica, No conforme: no se registran datos.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO CIRUJANO O MÉDICO ESPECIALISTA	Conforme: Se registran los nombres y apellidos del Médico Cirujano o Médico Especialista, No conforme: no se registran datos.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PRIMER AYUDANTE	Conforme: Se registran los nombres y apellidos del primer ayudante, No conforme: no se registran datos.
GRUPO SANGUÍNEO, HEMOGLOBINA	Conforme: Se registra el grupo sanguíneo y hemoglobina en la orden de intervención quirúrgica, No conforme: No se registran datos.
TIPO DE ANESTESIA PREVISTA	Conforme: Se registra el tipo de anestesia prevista en la orden de intervención quirúrgica, No conforme: No se registran datos.
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO CIRUJANO O MÉDICO ESPECIALISTA	Conforme: Se registra la identificación del médico cirujano o especialista mediante sello y firma del mismo, No conforme: No se registran datos.
FIRMA Y SELLO DEL JEFE DEL SERVICIO O DEL DEPARTAMENTO	Conforme: Se registra la identificación del jefe del servicio o departamento mediante sello y firma del mismo, No conforme: No se registran datos.
REPORTE OPERATORIO	
FILIACIÓN DEL REPORTE OPERATORIO	Conforme: Se registra en el reporte operatorio los datos correspondientes a la filiación, como los nombres y apellidos, número de historia clínica, edad y sexo. No conforme: No se registran los datos.
TIPO DE ANESTESIA EMPLEADA	Conforme: Se registra el tipo de anestesia empleada en el reporte operatorio, No conforme: No se registran datos
FECHA DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Conforme: Se registra la fecha de intervención quirúrgica en el reporte operatorio, No conforme: no se registran datos.
HORA DE INICIO Y TERMINO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Conforme: Se registra la fecha inicio y termino de la intervención quirúrgica en el reporte operatorio, No conforme: no se registran datos.
TIEMPO OPERATORIO	Conforme: Se registra el tiempo de duración de la intervención quirúrgica en el reporte operatorio, No conforme: no se registran datos.



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO	Conforme: Se registra el diagnostico pre operatorio en el reporte operatorio. No conforme: No se registra datos.
DIAGNOSTICO POST OPERATORIO	Conforme: Se registra el diagnostico post operatorio en el reporte operatorio. No conforme: No se registra datos.
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA O PROCEDIMIENTO REALIZADO	Conforme: Se registra la descripción de la técnica o procedimiento realizado, No conforme: No se registran datos.
HALLAZGOS OPERATORIOS	Conforme: Se registran los hallazgos operatorios, No conforme: No se registran datos.
COMPLICACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	Conforme: Se registran las complicaciones durante la intervención quirúrgica de corresponder, No conforme: No se registran datos.
NOMBRES Y APELLIDOS DE CIRUJANO	Conforme: Se registran los nombres y apellidos del Médico Cirujano, No conforme: no se registran datos.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PRIMER Y/O SEGUNDO AYUDANTE	Conforme: Se registran los nombres y apellidos del primer y/o segundo ayudante, No conforme: no se registran datos.
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ANESTESIOLOGO	Conforme: Se registran los nombres y apellidos del anestesiólogo, No conforme: no se registran datos.
NOMBRES Y APELLIDOS DE ENFERMERA INSTRUMENTISTA	Conforme: Se registran los nombres y apellidos del Enfermero (a) instrumentista, No conforme: no se registran datos.
ESTADO Y DESTINO DEL PACIENTE AL SALIR DEL QUIRÓFANO	Conforme: Se registra el estado y destino del paciente al salir del quirófano, No conforme: no se registran datos.
INDICACIÓN DE EXAMEN ANATOMO PATOLÓGICO Y/O BACTERIOLÓGICO	Conforme: Se registra la indicación de examen anátomo patológico y/o bacteriológico de corresponder, No conforme: no se registran datos.
FIRMA Y SELLO DE MÉDICO QUE REALIZA EL INFORME	Conforme: Se registra la identificación del médico que realiza el informe mediante sello y firma del mismo, No conforme: No se registran datos.
HOJA DE EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA	
FILIACIÓN DE LA HOJA DE EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA	Conforme: Se registra en la hoja de evaluación pre anestésica los datos correspondientes a la filiación, como nombres y apellidos, número de historia clínica, edad y sexo, servicio, No conforme: No se registran los datos.
ANTECEDENTES CLÍNICOS	Conforme: Se registran los antecedentes clínicos del paciente en la hoja de evaluación pre anestésica, No conforme: No se registran datos.
RESUMEN DE ENFERMEDAD ACTUAL	Conforme: Se registra el resumen de enfermedad actual en la hoja de evaluación pre anestésica, No conforme: No se registran datos.
DATOS IMPORTANTES DE EXAMEN FÍSICO	Conforme: Se registran los datos importante del examen físico en la hoja de evaluación pre anestésica, No conforme: No se registran datos.
TIPO DE ANESTESIA PREVISTA	Conforme: Se registra el tipo de anestesia prevista en la hoja de evaluación pre anestésica, No conforme: No se registran datos.
RIESGO ANESTESIOLOGICO	Conforme: Se registra el riesgo anestesiológico en la hoja de evaluación pre anestésica, No conforme: No se registran datos.
CONCLUSIONES	Conforme: Se registran las conclusiones en la hoja de evaluación pre anestésica, No conforme: No se registran datos.
FECHA Y HORA	Conforme: Se registra la fecha y hora, No conforme: No se registran datos.
FIRMA Y SELLO DEL ANESTESIOLOGO	Conforme: Se registra la identificación del Médico Anestesiólogo que realiza el informe mediante sello y firma del mismo, No conforme: No se registran datos.
HOJA DE ANESTÉSICA	
FILIACIÓN DE LA HOJA DE ANESTÉSICA	Conforme: Se registra en la hoja de anestesia los datos correspondientes a la filiación, como nombres y apellidos, número de historia clínica, edad, sexo, servicio y número de cama, No conforme: No se registran los datos.
DIAGNOSTICO PRE Y POST OPERATORIO	Conforme: Se registra el diagnostico pre y post operatorio en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
MEDICACIÓN PRE ANESTÉSICA UTILIZADA	Conforme: Se registra la medicación pre anestésica utilizada en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
RESUMEN DE LA VALIDACIÓN PRE OPERATORIA	Conforme: Se registra el resumen de la validación pre operatoria en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
HORA DE INICIO Y FIN DE LA ANESTESIA	Conforme: Se registra la hora de inicio y fin de la anestesia en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA	Conforme: Se registra la descripción de la técnica anestésica en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
MEDICACIÓN ADMINISTRADA	Conforme: Se registra la mediación administrada indicando presentación, dosis, frecuencia, vía y momento de administración , No conforme: No se registran datos.



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

GRÁFICA DE CONSTANTES VITALES	Conforme: Se registra la gráfica de constantes vitales durante la intervención quirúrgica en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
BALANCE HÍDRICO	Conforme: Se registra el balance hídrico en la hoja de anestesia, No conforme: No se registran datos.
ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE	Conforme: Se registra el estado clínico del paciente durante y al final de la intervención quirúrgica, No conforme: No se registran datos.
FECHA Y HORA	Conforme: Se registra la fecha y hora, No conforme: No se registran datos.
FIRMA Y SELLO DEL ANESTESIÓLOGO	Conforme: Se registra la identificación del Médico Anestesiólogo que realiza el informe mediante sello y firma del mismo, No conforme: No se registran datos.
HOJA POST ANESTÉSICA	
FILIACIÓN DE LA HOJA POST ANESTÉSICA	Conforme: Se registra en la hoja post anestésica los datos correspondientes a la filiación, como nombres y apellidos, número de historia clínica, edad, sexo, servicio y número de cama, No conforme: No se registran los datos.
FECHA, HORA DE INGRESO Y EGRESO	Conforme: Se registra la fecha, hora de ingreso y egreso en la hoja post anestésica, No conforme: No se registran datos.
REGISTRO DE MONITOREO DE FUNCIONES VITALES	Conforme: Se registra en monitoreo de funciones vitales en la hoja post anestésica, No conforme: No se registran datos.
CONDICIÓN DE INGRESO A RECUPERACIÓN	Conforme: Se registra en la hoja post anestésica la condición de ingreso a recuperación, No conforme: No se registran datos.
ANOTACIONES DE EVOLUCIÓN	Conforme: Se registra la evolución en la hoja post anestésica, No conforme: No se registran datos.
BALANCE HÍDRICO	Conforme: Se registra el balance hídrico en la hoja post anestésica, No conforme: No se registran datos.
TRATAMIENTO ADMINISTRADO	Conforme: Se registra el tratamiento administrado en la hoja post anestésica, indicando presentación, dosis, frecuencia, vía y momento de administración, No conforme: No se registran datos.
CONDICIÓN DE EGRESO	Conforme: Se registra la condición de egreso en la hoja post anestésica, No conforme: No se registran datos.
FIRMA Y SELLO DE ANESTESIÓLOGO	Conforme: Se registra la identificación del Médico Anestesiólogo que realiza el informe mediante sello y firma del mismo, No conforme: No se registran datos.
CALCULO DEL PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100	
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ITEMS 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 DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

ANEXO N° 5.5			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA LA ATENCIÓN BRINDADA			
NÚMERO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
COLEGIATURA DEL MÉDICO TRATANTE			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Número de historia clínica	4	0	
Fecha y hora	6	0	
Nombre y apellidos del paciente / representante legal	7	0	
Número de documento de identidad del paciente / representante legal	7	0	
Nombre del procedimiento	7	0	
Descripción sencilla	7	0	
Riesgos reales y potenciales del procedimiento	7	0	
Efectos adversos	7	0	
Pronostico y recomendaciones	7	0	
Firma y sello del responsable del procedimiento	7	0	
Conformidad firmada	7	0	
REVOCATORIA			
Nombre y apellidos del paciente / representante legal	7	0	NA
Número de documento de identidad del paciente / representante legal	7	0	NA
Fecha y hora	6	0	NA
Revocatoria firmada	7	0	NA
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90 – 100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	75 – 89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<75% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III. NO CONFORMIDAD			
IV. CONCLUSIÓN			
V. RECOMENDACIONES			



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.5	
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO CONSENTIMIENTO INFORMADO	
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
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	
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	Conforme: Se registra en el consentimiento informado el número de historia clínica, No conforme: No se registran los datos.
FECHA Y HORA	Conforme: Se registra fecha y hora del consentimiento informado, No conforme: no se registran datos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	Conforme: Se registra en el consentimiento informado los nombres y apellidos del paciente o representante legal, No conforme: No se registran los datos.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	Conforme: Se registra en el consentimiento informado el número de documento de identidad del paciente o del representante legal. No conforme: No se registran datos.
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Conforme: Se registra el nombre del procedimiento a realizar. No conforme: No se registran datos
DESCRIPCIÓN SENCILLA	Conforme: Se registra la descripción sencilla del procedimiento a realizar, No conforme: no se registran datos.
RIESGOS REALES Y POTENCIALES DEL PROCEDIMIENTO	Conforme: Se registran los riesgos reales y potenciales del procedimiento, No conforme: no se registran datos.
EFFECTOS ADVERSOS	Conforme: Se registran los efectos adversos de los pacientes a antibióticos, analgésicos y AINES en general, anestesia, corticoides y todo elemento farmacológico que se prevenga utilizar, No conforme: no se registran datos.
PRONOSTICO Y RECOMENDACIONES	Conforme: Se registra el pronóstico y recomendaciones, No conforme: No se registran datos.
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO	Conforme: Se registra la firma y sello del responsable del procedimiento, No conforme: No se registran datos.
CONFORMIDAD FIRMADA	Conforme: Se registra la firma, nombres y apellidos y huella digital de conformidad por el paciente o su representante legal, No conforme: No se registran datos.
REVOCATORIA	
REVOCATORIA FIRMADA	Conforme: Se registra la firma, nombres y apellidos y huella digital de la revocatoria de consentimiento informado por el paciente o su representante legal, No conforme: No se registran datos.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	Conforme: Se registra en la revocatoria de consentimiento informado el número de documento de identidad del paciente o del representante legal. No conforme: No se registran datos.
FECHA Y HORA	Conforme: Se registra fecha y hora de la revocatoria de consentimiento informado, No conforme: no se registran datos
CALCULO DEL PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100	
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ITEMS 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	



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

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 DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

ANEXO N° 5.6			
FORMATO DE AUDITORÍA DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBS-TETRICIA			
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 PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBS-TETRICIA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PESO (Según sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
SUBTOTAL	13		
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		





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.6		
FORMATO DE AUDITORÍA 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 AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria	
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 H.C.	
CIE 10		
VARIABLES	CONFORME	NO CONFORME
DATOS DE FILIACIÓN		
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO / PISO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° 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
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





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

ANEXO N° 5.7			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA			
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 PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	1	0	
N° HISTORIA.	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
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	
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		
OTROS REGISTROS			



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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
CALIDAD DEL REGISTRO			
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		
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.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.7		
FORMATO DE AUDITORÍA 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 tópic de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)	
Fecha de la atención brindada	Fecha de la atención	
Codificación de la historia clínica	Colocar el código de la historia clínica	
Codificación del profesional	Colocar el código del profesional	
Diagnóstico	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica.	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
Nombres y apellidos	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Tipo y N° seguro, registro,	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
Número de historia.	Registra los datos completos	No registra dato
Servicio/Piso/ Unidad	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/no registra
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
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 12 por min.	Registra dato	No registra dato
Registra trazado lineal (color rojo en 37°c)	Registra dato	No registra dato
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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

Registro de alergias medicamentosas	Registra dato en color rojo	No registra dato
Registra componentes sanguíneos	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
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 cardíaca y picos febriles)	No usa color oficial
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
EN EL CASO DE EXISTIR ITEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS 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 ESTANDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSION		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		



ANEXO N° 5.8			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA			
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			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° 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		
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 AYUDAAL DIAGNÓSTICO	7	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	7	0	NA
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	7	0	NA
FECHA Y HORA DE CITA	7	0	NA
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	16	0	
SUBTOTAL	81		
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		



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

CALIDAD DEL KÁRDEX		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 INTER-CONSULTA SOLICITADA		35
Total		100
CALIFICACIÓN		
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
III.- NO CONFORMIDAD		
IV.- CONCLUSION		
V.- RECOMENDACIONES		



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.8		
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA		
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
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
CONTENIDO DEL REGISTRO		
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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
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
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
<p>EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS 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.</p>		
<p>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</p>		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSION		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

ANEXO N° 5.9			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA			
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 PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRE Y APELLIDOS	2	0	
SEXO	2	0	
EDAD	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO.	2	0	
N° HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
N° DE CAMA	2	0	
SUBTOTAL	14		
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERIA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
SUBTOTAL	81		
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		





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO	30		
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS	35		
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO	35		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.9		
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA		
Si el ítem evaluado es no conforme se otorgará puntaje 0		
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA		
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de el/los auditores	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con observación del Tópico de Medicina, Tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SEXO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
EDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
TIPO Y N° SEGURO	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° HISTORIA	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
SERVICIO/UNIDAD	Registra los datos completos	Registra datos incompletos
N° DE CAMA	Registra dato	No registra dato
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Registra dato	No registra dato
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA OCURRENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Registra dato	No registra dato
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	Registra dato	No registra dato





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME
LETRAS LEGIBLE	Legible	No legible
PULCRITUD	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Usa color oficial	No usa color oficial
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
CALCULO DE PUNTAJE		
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.		
<p>EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHS 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.</p>		
<p>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</p>		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSION		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		



ANEXO N° 5.10

FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
ASUNTO	
FECHA DE AUDITORÍA	
NÚMERO 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

	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 LIQUIDO 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	
SE ANOTO PESO TALLA Y APGAR	5	0	
SE ANOTO TIEMPO DE DURACIÓN DEL PARTO	5	0	
SUBTOTAL	90		
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		
CALIDAD DE ATENCIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CURVA DE ALERTA GRAFICADA ADECUADAMENTE	20	0	
EVOLUCIÓN DEL PARTO	30	0	





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

TOMA DE DECISIÓN OPORTUNA CUANDO LA CURVA DE ALERTA PASO 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		
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.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.10	
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL PARTOGRAMA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	Nombres completos de los auditores
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría
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 MÉDICO U OBSTETRA TRATANTE	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICO(S)	Diagnóstico(s) presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica
CIE 10	
II) OBSERVACIONES	
FILIACIÓN	Conforme: Se Registran los datos correspondientes a: Nombres y apellidos de la paciente, Gravidéz, 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.
DESCENSO DEL POLO CEFÁLICO	Conforme: Se registra con un círculo "0" 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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

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.
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.
LEGIBILIDAD	Conforme: Se utiliza letra legible en el registro del Partograma. No conforme: letra ilegible en el registro del partograma.
CALIDAD DE ATENCION	
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 torna estacionaria. Frecuencia Cardíaca 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 conformidad establecidos.
CALCULO DE PUNTAJE	
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO “NO APLICA” SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	



"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

ANEXO N° 5.11			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE OBSTETRICIA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
ASUNTO			
FECHA DE AUDITORÍA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL OBSTETRA			
DIAGNÓSTICOS			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA DE INGRESO	1	0	
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA.	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
DIAGNÓSTICOS	2	0	
ALERGIA A MEDICAMENTOS	2	0	
SUBTOTAL	12		
INDICACIONES TERAPEÚTICAS	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	
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		
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		



V°B°
 C. CARREÑO D.
 Gerente Central
 GPM - S-GCPS-ESSALUD



V°B°
 M. ARAUJO Z.
 Sub Gerente
 GPM - S-GCPS-ESSALUD



V°B°
 Sub Gerente
 GPM - S-GCPS-ESSALUD

“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

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.- CONCLUSION	
V.- RECOMENDACIONES:	



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.11		
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DEL KÁRDEX DE 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	
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	
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		
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 MEDICAMENTO-SAS	Registra dato	No registra dato
INDICACIONES TERAPEÚTICAS		
FECHA	Registra dato (Fecha por día de indicación)	No registra dato
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 referentes a pruebas especiales realizadas al paciente	No registra dato de corresponder
ATRIBUTOS DEL REGISTRO		
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	CONFORME	NO CONFORME
PULCRITUD	Legible	No legible
FIRMA Y SELLO DEL OBSTETRA	Sin borrones ni enmendaduras	No cumple con criterios de conformidad
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	Figura firma y sello	Figura solo firma o sello/no figura ni firma ni sello
	Usa color oficial	No usa color oficial





"Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD"

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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

ANEXO N° 5.12

FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE OBSTETRICIA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CÓDIGO DE LA HISTORIA CLÍNICA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA.	2	0	
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
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		
DATOS GENERALES REFERIDOS A LA EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO DE ALTURA UTERINA	5	0	
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	5	0	





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

SANGRADO /LOQUIOS	3	0	
LIQUIDO AMNIÓTICO	3	0	
DINÁMICA UTERINA	5	0	
SECRECIONES CERVICOVAGINALES	3	0	
SUBTOTAL	24		
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
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		
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			



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.12		
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE 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	
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada	
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoría	
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoría	
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica	
CODIFICACIÓN DEL OBSTETRA TRATANTE	Colocar el código del profesional	
DIAGNÓSTICO DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia Clínica	
CIE 10		
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME
NOMBRES Y APELLIDOS	Registra los datos completos	No registra
TIPO Y N° SEGURO,	Registra los datos completos	Registra datos incompletos/ no registra
N° HISTORIA.	Registra los datos completos	No registra dato
SERVICIO/PISO/ UNIDAD	Registra los datos completos	No registra dato
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
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



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

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
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 SANGUÍNEOS ADMINISTRADOS	Registra dato de haberse administrado	No registra dato
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
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 DICHS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.		
NO CONFORMIDAD		
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO		
CONCLUSION		
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS		
RECOMENDACIONES		
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.		
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.		



“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

ANEXO N° 5.13			
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE ATENCION DE ODONTOLOGÍA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ			
NUMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA			
DIAGNÓSTICO DEL ALTA			
CIE 10			
II.- OBSERVACIONES			
A) ANAMNESIS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FILIACIÓN			
Nombres y apellidos del paciente	1	0	
Lugar de nacimiento	1	0	
Fecha de nacimiento	1	0	
Edad	1	0	
Sexo	1	0	
Domicilio actual	1	0	
Domicilio de procedencia	1	0	
Documento de identidad	1	0	
Estado Civil	1	0	
Grado de instrucción	1	0	
Ocupación	1	0	
Religión	1	0	
Nombre del padre, madre o apoderado	1	0	
Teléfono / correo electrónico	1	0	
Sub Total	14		
ANTECEDENTES	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Antecedentes generales	1	0	
Antecedentes fisiológicos	1	0	
Antecedentes inmunológicos	1	0	
Antecedentes patológicos	1	0	
Antecedentes familiares	1	0	
Antecedentes epidemiológicos	1	0	
Antecedentes ocupacionales	1	0	
Sub Total	7		
ENFERMEDAD ACTUAL	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Fecha y Hora de atención	1	0	
Motivo de la consulta	1	0	
Tiempo de enfermedad	1	0	
Síntomas principales	1	0	



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 extraoral	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) EXAMENES AUXILIARES E INTER-CONSULTAS EN HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Exámenes auxiliares	5	0	NA
Interconsultas	3	0	NA
Sub Total	8		
E) DIAGNÓSTICOS	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
a) Presuntivo/s	5	0	
b) Definitivo/s	5	0	
c) CIE 10	2	0	
Sub Total	12		
F) APRECIACIÓN DEL CASO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Pronóstico	4	0	
Sub Total	4		
G) TRATAMIENTO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del medicamento con Denominación Común Internacional	1	0	
Presentación	1	0	
Dosis	1	0	
Frecuencia	1	0	
Vía de administración	1	0	
Medidas generales	1	0	
Sub Total	6		
H) CONSENTIMIENTO INFORMADO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Consentimiento informado	3	0	
Descripción del procedimiento	3	0	
Sub Total	6		
J) INDICACIÓN DE ALTA BÁSICA ODONTOLÓGICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Nombre del profesional	1	0	
Fecha del alta odontológica	1	0	
Sub Total	2		





“Procedimiento para la auditoría de calidad de las prestaciones de salud en ESSALUD”

K)- ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
Pulcritud	1	0	
Registro de fecha y hora de atención	1	0	
Registro de descanso médico indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo	1	0	
Registra apellidos y nombres del paciente, y el número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	1	0	
Letra legible	1	0	
Sello y firma del cirujano dentista	1	0	
Sub Total	6		
Total	100		
CALIFICACION			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



INSTRUCTIVO DEL ANEXO N° 5.13	
FORMATO DE AUDITORÍA DE REGISTRO DE ATENCION DE ODONTOLOGÍA	
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	
MIEMBROS DEL COMITÉ	Nombres completos de el/los auditores
NÚMERO DE AUDITORÍA	Número de auditoría realizada
FECHA DE AUDITORÍA	Fecha en que se realiza la auditoria
SERVICIO AUDITADO	Servicio seleccionado para realizar la auditoria
ASUNTO	Tema sobre el cual se audita (Atención emergencia con Observación del tópico de Medicina, tópico de Cirugía, etc.)
FECHA DE ATENCIÓN BRINDADA	Fecha de la atención
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	Colocar el código de la historia clínica
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	Colocar el código del profesional
DIAGNÓSTICOS DEL ALTA	Diagnóstico presuntivo y/o definitivo que figura en la Historia clínica
CIE 10	
A) ANAMNESIS	
FILIACIÓN	Conforme: Se registran los ítems señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica" No conforme: Se registran los datos de manera parcial, para el puntaje se sumarán los ítems que se encuentren registrados en la historia clínica.
ANTECEDENTES	Conforme: Consta de 7 ítems, se consignarán los datos necesarios para el caso. Comprende los antecedentes generales, fisiológicos, inmunológicos, patológicos, familiares, epidemiológicos y ocupacionales. No conforme: No se registran los datos
ENFERMEDAD ACTUAL	Consta de 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 extraoral, examen intraoral, ficha odontológica y riesgo estomatológico. No conforme: No se registran los datos
C) PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO	Conforme: Consta de 1 ítem, en el que se detallará el requerimiento de exámenes auxiliares necesarios para el diagnóstico definitivo, de ser necesario. No conforme: no se registra el dato de corresponder No aplica: no se requiere exámenes auxiliares
D) EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	Conforme: Consta de 2 ítems, comprende el informe de resultados de los exámenes auxiliares e interconsultas adjuntados a la historia clínica. No conforme: No se encuentran en la historia clínica los resultados de los exámenes auxiliares solicitados y/o el informe de las interconsultas solicitadas.
E) DIAGNÓSTICO	Conforme: Se registran los diagnósticos presuntivos y/o definitivos los cuales deben ser concordantes con la anamnesis y el examen clínico y su respectiva codificación CIE. No conforme: No se registran diagnósticos presuntivos ni definitivos o no son concordantes con la anamnesis y el examen clínico
F) APRECIACIÓN DEL CASO	Consta de 1 ítem, en donde se contemplará el pronóstico
G) TRATAMIENTO	Conforme: Tratamiento concordante con los diagnósticos establecidos y se registran los ítems correspondientes señalados en la "Ficha de Auditoría de la Atención Odontológica ". No conforme: No se registran los ítems correspondientes o el tratamiento no es concordante con el/los diagnóstico(s) establecido(s).



"Normas y Procedimientos para la Auditoría de la Calidad de las Prestaciones de Salud en ESSALUD"

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 BASICA 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, registra apellidos y nombres, y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica, letra legible y sello y firma del cirujano dentista
CALIFICACIÓN TOTAL	Sumatoria de todos los puntajes obtenidos
EL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO ES IGUAL A 100.	
EN EL CASO DE EXISTIR ÍTEMS CALIFICADOS COMO "NO APLICA" SE SUMARÁN LOS PUNTAJES MÁXIMOS OTORGADOS A DICHOS ÍTEMS Y LA SUMA DE LOS MISMOS DARÁ COMO RESULTADO UNA CIFRA QUE SERÁ RESTADA DE LOS 100 PUNTOS, Y EL RESULTADO DE LA MISMA SERÁ EL NUEVO PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO A PARTIR DEL CUAL SE CALCULARÁ EL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS PARA OBJETO DE LA AUDITORÍA Y SE OTORGARÁ LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE.	
NO CONFORMIDAD	
HECHO EVIDENCIADO QUE INCUMPLE PARCIAL O TOTALMENTE EL CRITERIO DE AUDITORÍA SELECCIONADO	
CONCLUSION	
OPINIÓN TÉCNICA DEL AUDITOR QUE RESUME LAS NO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
RECOMENDACIONES	
SUGERENCIAS QUE SE FORMULAN EN EL INFORME DE AUDITORIA PARA QUE LA MÁXIMA AUTORIDAD DE LA IPRESS DISPONGA LAS ACCIONES PARA CORREGIR LAS NO CONFORMIDADES.	
DEBEN SEÑALAR QUE Y QUIEN LO DEBE REALIZAR, Y EL PLAZO PARA REALIZARLO.	

Igly



ANEXO N° 6

FLUJO DE INFORMACIÓN DE AUDITORÍA

