



Resolución Ministerial

Lima, 23 de JUNIO del 2005



Visto el Expediente R-030857-05.

CONSIDERANDO:



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



Que, en el marco de los Lineamientos de Política de Salud, mediante Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece el concepto, principios, políticas, objetivos y estrategias que orientan los esfuerzos por alcanzar la calidad en salud;



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



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



Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas y con las visaciones de la Oficina General de Asesoría Jurídica y de la Oficina General de Planeamiento Estratégico;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento, Decreto Supremo N° 014-2002-SA;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N°029 -MINSA/DGSP-V. 01, que forma parte integrante de la presente resolución.



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



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



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

Regístrese, comuníquese y publíquese.



Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

NORMA TÉCNICA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

NT N° 019 - MINSA/DGSP-V.01



I. FINALIDAD

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

II. OBJETIVO

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

III. BASE LEGAL



- 
- 
- 3.1 Ley N° 26842, "Ley General de Salud"
 - 3.2 Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud"
 - 3.3 D.S. 014-2002 SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
 - 3.4 Ley N° 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud"
 - 3.5 Ley N° 27867, "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales"
 - 3.6 Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
 - 3.7 R.M. N° 261-98-SA/DM, "Normas y Procedimientos para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo"
 - 3.8 R.M. N° 768-2001-SA/DM, "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"
 - 3.9 R.M. N° 776-2004/MINSA, "Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado"
 - 3.10 Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

IV. AMBITO DE APLICACION



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

V. DEFINICIONES

- 
- 
- 5.1 **Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.**- Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado "Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
 - 5.2 **Auditoría de Caso.**- Es aquella que por su implicancia en las políticas de la organización, su carácter legal, en mérito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas, su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades asistenciales, incluyendo muchas veces funciones operativo - administrativas del establecimiento de salud. La participación de los integrantes en este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos, y en el

consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico y legal que regula el trabajo profesional. Puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. El resultado final de la Auditoría de Caso se emite en un Informe denominado "Informe de Auditoría de Caso".

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

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

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

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

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

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

5.9 **Auditoría de Oficio.-** Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional, y se puede basar en indicadores Asistenciales / Administrativos como:

- Fallecidos con problema diagnóstico o sin diagnóstico definitivo
- Reoperados
- Hospitalizaciones prolongadas
- Tasas de infecciones intrahospitalarias/ de mortalidad materna- perinatal.
- Reingresos
- Reconsultas
- Complicaciones anestésicas
- Complicaciones quirúrgicas
- Costos
- Tiempos de espera.
- Quejas/ Reclamos.
- Otros procesos y procedimientos que se consideren pertinentes.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1 Principios

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



- Ética: orienta la conducta del auditor hacia el bien, hacia la búsqueda de lo correcto, lo ideal y la excelencia.
- Mejora continua de la calidad: Actitud por la cual el auditor realiza sus actividades con la finalidad de contribuir a la búsqueda permanente de las mejoras.
- Enfoque basado en hechos: El auditor fundamentará su accionar en las evidencias objetivas que sustenten sus observaciones y conclusiones.
- Independencia: Actitud de independencia de criterio respecto de la organización evaluada y de mantenerse libre de cualquier situación que pudiera señalarse como incompatible con su objetividad, en cuyo caso deberá comunicarlo por escrito y eximirse de participar.
- Confidencialidad: Principio por el cual el auditor debe mantener absoluta reserva respecto a la información que conozca en el transcurso de su trabajo.

6.2 Organización

6.2.1 En las organizaciones de Salud que cuenten con una Oficina de Calidad o la que haga sus veces, o los Comités de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, se constituirán en uno de sus componentes.

6.2.2 El establecimiento contará con un Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, quien propondrá la designación de los miembros del/los Comités, según la complejidad de la organización de salud.

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

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

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

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



- Acreditar buena salud física y mental.

6.2.6 El Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, para el ejercicio de sus funciones debe contar con una organización interna, teniendo funcionalmente la siguiente estructura:

- **Jefe del Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud**
 El que preside el Comité. De preferencia se tratará de personal nombrado.
- **Secretario/a de Actas**, profesional de la salud nominado por el presidente. Es quien deberá tener el mayor número de horas programadas.
- **Vocales** que pueden ser de carácter permanente o transitorio de acuerdo a las necesidades. Serán, los Jefes de Departamento y/o Servicio involucrados en la atención del paciente, así como los Médicos que se consideren pertinentes, teniendo en cuenta que no sean los involucrados en el caso investigado, todos ellos con derecho a voz y voto.

El tiempo promedio que deberán dedicar a la Auditoría según las necesidades por lo menos deberá ser de:

- 2 horas semanales para Hospitales de Nivel I,
- 4 horas semanales para Hospitales de Nivel II, III



6.3 Actividades

Del Director del Establecimiento de Salud:

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

Del Coordinador de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud:

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



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

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

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



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

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



6.4 Proceso de la Auditoría - Etapas:

6.4.1 Planeamiento:

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



La etapa de planeamiento comprende:

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

6.4.2 Ejecución:

La etapa de ejecución comprende

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

6.4.3 Elaboración del Reporte / Informe Final:

La etapa de elaboración del Reporte/ Informe Final comprende:

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

6.4.4 Seguimiento de las recomendaciones:

La etapa de seguimiento comprende



- Obtener las recomendaciones derivadas de la Auditoría.
- Verificar la implementación de las medidas recomendadas, de acuerdo a los plazos señalados.
- Elaborar y presentar el informe de seguimiento.

6.5 Procedimientos específicos para la auditoría:

6.5.1 Auditoría de Caso.-

- La autoridad del establecimiento una vez recibió el caso, procede a convocar al responsable de la Oficina de Calidad, o quien haga sus veces para que programe la realización de la auditoría del caso.
- El responsable de la Oficina de Calidad dispone la investigación correspondiente a cargo del Coordinador de Auditoría, quien conforma/convoca al comité auditor de acuerdo a las necesidades.
- El Comité Auditor solicitará la documentación necesaria así como la copia fechada de la Historia Clínica del paciente motivo de la auditoría, la cual debe estar debidamente ordenada, foliada, a la cual se le colocará su correspondiente codificación.
- Se realizará la recopilación y estudio de todos los documentos que se estimen pertinentes relacionados a la organización como: Reglamento de Organización y Funciones, Manual de Organización y Funciones, Normas Internas, Programación de Personal, Protocolos o Guías de atención, Libros de registros de atenciones médicas y/o quirúrgicas, Libro de Sala de Operaciones y otros de interés que contengan información relacionada al caso.
- Se solicitarán los informes que se estimen pertinentes a las jefaturas médicas o administrativas en relación al caso, quienes a su vez solicitarán los informes respectivos al personal que participó en la atención.
- Para la evaluación de los actos asistenciales se consideraran los criterios clínicos o quirúrgicos que permitan esclarecer el adecuado proceder de los actos asistenciales analizados, como oportunidad de la intervención, pertinencia, utilización del consentimiento informado, entre otros.
- En la conformación del comité auditor se convocará de preferencia a especialistas pares no vinculados al caso, a fin de contar con una opinión técnica independiente.
- Durante la investigación del caso cuando se considere necesario se convocará al personal involucrado a fin de darle oportunidad de emitir sus descargos.
- Realizado el informe de auditoría de caso, se elevará el mismo a la autoridad administrativa solicitante (Responsable de la Oficina de Calidad o quien haga sus veces), quien luego de revisarlo lo eleva al Director de Establecimiento.
- El Informe contará con la estructura establecida en el ANEXO N° 1.




6.5.2 Auditoría de la Calidad de los Registros Asistenciales.-

- Para la realización de las Auditorías de los Registros Asistenciales consideradas en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención, se tomarán en cuenta principalmente los servicios de mayor riesgo, los servicios de mayor producción o los que tuvieran como antecedentes mayor número de quejas, reclamos o denuncias.
- Se puede decidir trabajar sobre el total de registros o trabajar en base a una muestra seleccionada estadísticamente.
- La auditoría se realiza a través de un modelo preestablecido por cada Comité Auditor, con parámetros concordantes con el nivel de complejidad del establecimiento de Salud, en donde se deben considerar entre otros, los siguientes aspectos: Registro de la anamnesis, examen clínico, diagnóstico, plan de trabajo médico y tratamiento. Ordenamiento cronológico adecuado y progresivo de la información contenida en la Historia Clínica en relación a la atención del paciente.
- Los modelos que elaboren los Comités Auditores deberán ser detallados y variar según se evalúen atenciones realizadas en áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia, u otros servicios. Ver Anexo N° 3 referencial según corresponda.
- El informe de la Auditoría de la Calidad de los Registros Asistenciales tiene la siguiente estructura:

- Datos generales del servicio
- Origen de la auditoría.
- Tipo de auditoría.
- Alcance de la auditoría
- Antecedentes.
- Observaciones.
- Conclusiones.
- Recomendaciones.
- Anexos.



VII. APLICACIÓN

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

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

Alcázar

[Signature]



VIII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

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

8.2 La RED / DIRESA / DISA respecto de la Auditoría a través de la oficina, unidad o área de calidad estructural o funcional, según corresponda, tiene a su cargo la elaboración de un plan de trabajo para difundir, impulsar y facilitar la implementación de la AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.

Asimismo, le corresponde la aprobación del Plan de Auditoría de la Calidad de Atención de las áreas del ámbito de su competencia y nivel de dependencia, la capacitación del personal, la verificación por muestreo de la calidad y contenido de los Reportes / Informes de Auditoría, en especial en lo referido a las conclusiones y recomendaciones emitidas, el seguimiento de las recomendaciones y de la implementación de proyectos de mejora en los establecimientos de salud, en base a las debilidades halladas.

La DIRESA/DISA conformará un Comité Auditor para la realización de auditorías programadas, de casos especiales y de denuncia, tanto en sus establecimientos como en los otros públicos o privados según corresponda o a solicitud de parte.

La RED da cuenta y mantiene permanente contacto con la DIRESA/DISA de su ámbito y esta a su vez con la Dirección General de Salud de las Personas.

Las actividades referidas al artículo 6.3 de la presente norma son aplicables a establecimientos del II y III Nivel. Para Establecimientos del I Nivel, estas funciones competen al Responsable de la Microrred.

8.3 La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, respecto de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, tiene a su cargo la elaboración, revisión y actualización de las normas correspondientes.

Asimismo, le corresponde la elaboración de un Plan Nacional de Evaluación de la implementación de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en los niveles regionales, la asistencia técnica al personal, la verificación por muestreo de la calidad y contenido de los Reportes/ Informes de Auditoría, en especial las referidas a las conclusiones y recomendaciones emitidas, la supervisión y evaluación de las DIRESAS / DISAS o Institutos Especializados del ámbito nacional en relación a las acciones para el desarrollo de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud y la implementación de mecanismos para el mejoramiento.

La Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud puede conformar un Comité Auditor para la realización de auditorías programadas o especiales a solicitud de partes o aquellas que el nivel superior le indique. Asimismo, puede solicitar la ejecución de auditorías a las DIRESAS / DISAS, Institutos Especializados o a los establecimientos de salud en casos especiales.



[Handwritten signature]



IX. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1 La presente norma técnica deberá ser revisada y actualizada cada dos años o antes de requerirse.
- 9.2 Las disposiciones específicas en lo que corresponda, se podrán aplicar a otros establecimientos de salud públicos y privados de acuerdo a su organización y necesidades.
- 9.3 La Oficina de Calidad en entidades del estado, cuando el caso lo requiera solicitará a través de la Dirección del establecimiento la participación del Órgano de Control Institucional.
- 9.4 En las Auditorías de Casos, con la finalidad de mantener la debida confidencialidad, se deberá utilizar una codificación AD-HOC que incluya el N° de Historias Clínicas y del personal involucrado, siendo el coordinador de auditoría el responsable de su administración.



X. ANEXOS

- Anexo N° 1 Modelo de Informe de Auditoría de Caso
Anexo N° 2 Modelo de Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención
Anexo N° 3 Instrumento para realizar la Auditoría de Procesos
Anexo N° 4 Fichas e Instructivos referenciales para la realización de Auditoría Externa, de Hospitalización, de Emergencia y de Pacientes Fallecidos





ANEXOS

ANEXO N° 1: MODELO DE INFORME DE AUDITORIA DE CASO

AUDITORIA N° -MINSAL-200

A. Director del Hospital

De: Equipo Auditor

Asunto: ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE

Referencia:

Fecha del Informe:

1 ANTECEDENTES

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

2. ORIGEN DE LA AUDITORIA:

Indicar qué documento originó la realización de la auditoría.

3. TIPO DE AUDITORIA

Auditoría de caso

4. ALCANCE DE LA AUDITORIA:

Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría

5. 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 participo en la atención del paciente.

6. OBSERVACIONES Corresponde al análisis de los actos asistenciales en sus componentes de evaluación médica, diagnóstico, terapéutica, evolución e intervenciones y otros aspectos relacionados con la atención del paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. La observación resultante debe ser producto de la interrelación de la condición, criterio, causa y efecto.

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

Al término del desarrollo de cada observación, 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.

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



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



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

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


















ANEXO N°2: MODELO DE REPORTE DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

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

A: Director del Hospital

De: Equipo Auditor

Asunto: AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD DEL SERVICIO/AREA

Referencia:

Fecha del Reporte:

1 ANTECEDENTES

Donde se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes que dan origen a la auditoría realizada

2 ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

Indicar que documento originó la realización de la auditoría

3 TIPO DE AUDITORÍA

Auditoría de la Calidad de Atención de Salud.

4 ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría

5 OBJETIVOS:

Describir

6 METODOLOGIA:

Descripción de la metodología seleccionada para la realización de la investigación

7 RESULTADOS

8 CONCLUSIONES

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

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





ANEXO N° 3 :

INSTRUMENTO PARA REALIZAR LA AUDITORIA DE PROCESOS:

FLUJOGRAMAS

DEFINICIONES

Para construir los Flujogramas de Atención se requiere conocer la terminología a emplear.

Flujograma

Es la ilustración gráfica de un proceso

Proceso

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

Ejemplos:

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

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

Son **repetitivos** puesto que el procedimiento administrativo o el protocolo de atención se realiza en todos los casos.

Finalmente son **cuantificables** puesto que cada uno de ellos se pueden contar. El número de personas que se atendieron por consulta externa, el número de pacientes programados para cirugía que fueron efectivamente operados y el número de exámenes de glucosa procesados.



Lu



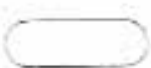
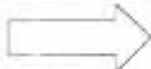





SÍMBOLOGÍA ESTANDAR

Al ser el Flujograma una ilustración gráfica de un proceso, utilizará para su construcción un conjunto de símbolos estándares.

Plan



Las principales se describen a continuación:

SIMBOLO	DESCRIPCIÓN	SE UTILIZA ...
	Inicio o Fin del Flujoograma	Inicio para iniciar la construcción del Flujoograma y Fin después de haber concluido de graficar
	Traslado o dirección de flujo	Para conectar dos símbolos dentro de un flujo
	Proceso	Para representar el proceso propiamente dicho.
	Condicional	Cuando se encuentre ante dos posibles direcciones distinta una de otra.
	Documento	Para representar que se ha generado un documento
	Archivo o almacenamiento	Cuando necesita archivar un documento o guardar una muestra.
	Conector interno página	Cuando necesite conectar dos símbolos dentro de una misma página

METODOLOGIA PARA LA ELABORACION DEL FLUJOGRAMA

Primer Paso

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



Segundo Paso

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

Tercer Paso

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

Cuarto Paso

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

Quinto Paso

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

Sexto Paso

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

Séptimo Paso

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



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



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

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



HOJA DE FLUJOGRAMA

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

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

Proceso :	Departamento :	Servicio / Área Fecha
	<p><i>¿Dónde se hace?</i> El área o lugar indicado para realizar el proceso.</p>	
<p><i>¿Quién lo hace?</i> Es la persona encargada de realizar el proceso</p>		



Lu

Plan

H



ANEXO N° 4 : FICHAS E INSTRUMENTOS REFERENCIALES PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍAS

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

Se vase llenar los datos con letra de imprenta

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

SERVICIO AUDITADO:

AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA NUMERO:

MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:

ASUNTO:

FECHA:

ULTIMA FECHA DE CONSULTA:

CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:

CODIGO DEL COLEGIO PROFESIONAL DEL PERSONAL TRATANTE:

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:



Lucy

13

Oliveros



DIAGNÓSTICO:

III. OBSERVACIONES:

Marque con una cruz en la palabra "SIN A" o "TIC" según corresponda.

A. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

	SIN A.			NO	0
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	SIN A.	1		NO	0
FECHA DE APERTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA	SIN A.	1		NO	0
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SIN A.	1		NO	0
SEXO	SIN A.	1		NO	0
FECHA DE NACIMIENTO	SIN A.	1		NO	0
LUGAR DE NACIMIENTO	SIN A.	1		NO	0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN A.	1		NO	0
OCCUPACIÓN	SIN A.	1		NO	0
RELIGIÓN	SIN A.	1		NO	0



RAZA	SIN A	1	NO	0
ESTADO CIVIL	SIN A	1	NO	0
NUMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	SIN A	1	NO	0
DOMICILIO ACTUAL	SIN A	1	NO	0
DOMICILIO DE PROCEDENCIA	SIN A	1	NO	0
NOMBRE DEL PADRE	SIN A	1	NO	0
NOMBRE DE LA MADRE	SIN A	1	NO	0
B. - ENFERMEDAD ACTUAL:				
FECHA DE LA CONSULTA	SIN A	1	NO	0
DATOS DEL INFORMANTE	SIN A	1	NO	0
MOTIVO DE LA CONSULTA	SIN A	1	NO	0
TIEMPO DE ENFERMEDAD	SIN A	1	NO	0
SINTOMAS PRINCIPALES	SIN A	1	NO	0



[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



RELATO CRONOLÓGICO	SIN A.	1	NO	0
FUNCIONES BIOLÓGICAS: SED, APETITO, RITMO URINARIO, RITMO EVACUATORIO, SUEÑO	SIN A.	1	NO	0
C.- ANTECEDENTES:				
FISIOLÓGICOS: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación	SIN A.	1	NO	0
INMUNOLÓGICOS: BCG, PTO, DPT, ANTISARAMPIÓN, OTRAS	SIN A.	1	NO	0
PATOLÓGICOS: INCLUYENDO ALERGIAS	SIN A.	1	NO	0
FAMILIARES:	SIN A.	1	NO	0
EPIDEMIOLÓGICOS:	SIN A.	1	NO	0
OCCUPACIONALES:	SIN A.	1	NO	0
D.- EXPLORACIÓN FÍSICA:				
CONTROLES VITALES:	SIN A.	1	NO	0
FRECUENCIA CARDÍACA	SIN A.	1	NO	0
FRECUENCIA RESPIRATORIA	SIN A.	1	NO	0



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

PRESIÓN ARTERIAL	SIN A.	1	NO	0
FRECUENCIA DE PULSO	SIN A.	1	NO	0
PESO	SIN A.	1	NO	0
TALLA	SIN A.	1	NO	0
ESTADO GENERAL	SIN A.	1	NO	0
ESTADO DE CONCIENCIA	SIN A.	1	NO	0
DATOS DEL EXAMEN FÍSICO DIRIGIDO	SIN A.	1	NO	0
E.- DIAGNÓSTICO				
DIAGNÓSTICO PRE-SINTOMÁTICO	SIN A.	1	NO	0
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO (CUANDO CORRESPONDA A PARTIR DE LA SEGUNDA CONSULTA)	SIN A.	1	NO	0
USO DEL C.I.E.-10	SIN A.	1	NO	0

F.- PLAN DE TRABAJO



1

Alcorno



PLAN DE TRABAJO	SIN A.	1	NO	0
G.- APRECIACIÓN				
APRECIACIÓN DEL CASO	SIN A.	1	NO	0
H.- TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	SIN A.	1	NO	0
DOSES	SIN A.	1	NO	0
FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN	SIN A.	1	NO	0
VIA DE ADMINISTRACIÓN	SIN A.	1	NO	0
MEDIDAS HIGIENICO DEFECTICAS	SIN A.	1	NO	0
MEDIDAS PREVENTIVAS	SIN A.	1	NO	0
I.- NOTAS DE EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES, EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS				
Notas de controles	SIN A.	1	NO	0
Exámenes de laboratorio	SIN A.	1	NO	0



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

Exámenes laboratoriales	SIN A.	1	NO	0
Imágenes	SIN A.	1	NO	0
Complicaciones	SIN A.	1	NO	0
J. IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE				
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE BRINDÓ LA ATENCIÓN	SIN A.	1	NO	0
IDENTIFICACIÓN DE LA FECHA DE ALTA	SIN A.	1	NO	0
IDENTIFICACIÓN DE LAS INDICACIONES DE ALTA	SIN A.	1	NO	0
K - ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA				
Pulcritud	SIN A.	1	NO	0
Registro de la hora de Atención	SIN A.	1	NO	0
Registro de atención médica indicando número total de días de descanso y fechas de inicio y término del mismo.	SIN A.	1	NO	0
Registro nombres apellidos y número de historia clínica en todas las hojas de la historia clínica	SIN A.	1	NO	0



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Fecha egreso	SIN A.	1	NO	0
Sello y firma del médico	SIN A.	1	NO	0
TOTAL				
L.- CALIFICACIÓN:				
ACEPTABLE:				
IGUAL O MAYOR A 50 PUNTOS				
POR MEJORAR:				
MENOR DE 50 PUNTOS				
COLOCAR EL NUMERO TOTAL DE DATOS NO APLICABLES EN PORCENTAJE (PUNTAJE TOTAL 63 PUNTOS EQUIVALEN AL 100%)				

IV.- INCONFORMIDADES MAYORES



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



V. - INCONFORMIDADES MENORES:

VI. - CONCLUSIONES:

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

VIII. - FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LOS REGISTROS DE CONSULTA EXTERNA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA:	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORIAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORIA
AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORIA MEDICA DE CONSULTA EXTERNA DEL AÑO EN CURSO
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORIA
II.- DATOS DE LA AUDITORIA:	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA:	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CÓDIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE:	CÓDIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLINICA
III.- OBSERVACIONES:	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA
A.- IDENTIFICACION DE PACIENTES:	CONSTA DE 16 ITEMS, Y CONSTITUYEN DATOS QUE SE DEBEN REGISTRAR AL MOMENTO DE ABRIRSE LA HISTORIA CLINICA Y EN LO POSIBLE DEBEN SER TOMADOS DE ALGÚN DOCUMENTO DE IDENTIDAD
B.- ENFERMEDAD ACTUAL:	CONSTA DE 7 ITEMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD
C.- ANTECEDENTES:	CONSTA DE 6 ITEMS SE CONSIGNARAN LOS DATOS NECESARIOS PARA EL DAÑO A TRATAR
D.- EXPLORACION FISICA:	CONSTA DE 9 ITEMS SE CONSIGNARAN LOS DATOS RELACIONADOS A LA EXPLORACION FISICA DIRIGIDA
E.- DIAGNÓSTICOS:	
Presuntivos:	CONSIGNA O NO
Definitivos:	CONSIGNA O NO CUANDO CORRESPONDA A PARTIR DE LA SEGUNDA CONSULTA
Uso del Código C. I. E. "10"	USO DE LA CODIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
F.- PLAN DE TRABAJO	INCLUYEN TODOS LOS EXAMENES AUXILIARES, INTERCONSULTAS, PROCEDIMIENTOS, U OTROS NECESARIOS
G. APRECIACION:	INTERPRETACION SUCINTA DEL CASO
H. TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES:	CONSTA DE 5 ITEMS, LOS CUALES DEBEN SER CONSIDERADOS EN SU TOTALIDAD
I.- NOTAS DE EVOLUCION, COMPLICACIONES, EXAMENES AUXILIARES E INTERCONSULTAS	CONSTA DE 5 ITEMS LOS CUALES SERAN LLENADOS DE ACUERDO A SU PERTINENCIA



J. IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE	CONSTA DE 3 ITEMS LOS CUALES DEBEN SER LLENADOS EN SU TOTALIDAD.
K. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA:	CONSTA DE SEIS ITEMS LOS CUALES DEBEN SER CONSIGNADOS EN SU TOTALIDAD
L. CALIFICACIÓN TOTAL	SUMATORIA DE TODOS LOS PUNTAJES OBTENIDOS
IV. INCONFORMIDADES MAYORES:	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
V. INCONFORMIDADES MENORES:	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.
VI. CONCLUSIONES:	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO
VII. FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:	
VIII. FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA	
NOTA:	LA BÚSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORIA SE INICIA DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA (ÚLTIMO DIAGNÓSTICO). LUEGO SE VA RETROCEDIENDO EN LA HISTORIA CLÍNICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNÓSTICO. (MÁXIMO 8 CONSULTAS).
NO APLICABLES:	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN POR NO CORRESPONDER, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR Y SE COLOCARÁ EN DATOS PORCENTUALES LA CANTIDAD DE DATOS NO APLICABLES, TENIENDO EN CUENTA QUE EL PUNTAJE MÁXIMO ES DE 63 PUNTOS (100%).
NO EXISTE:	CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO

Alvarez







FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE CONSULTA EXTERNA

Llenar todos los datos consignados

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA:

SERVICIO AJUDADO
 AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA
 NUMERO
 MIEMBROS DEL COMITE AUDITOR
 ASUNTO
 FECHA

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:

TIPO Y FECHA DE CONSULTA
 CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA
 CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE
 DIAGNÓSTICO

III.- OBSERVACIONES:

Marque con un aspa el número que considere pertinente de acuerdo al ítem examinado

A) ESTUDIO CLINICO:	Estándar	2 Insuficiente	1 No existe	0
a) Filiación:	Estándar	3 Incompletos	1 No existe	0
b) Antecedentes	Estándar	2 Incompletos	1 No existe	0
c) Antecedentes ocupacionales	Estándar	8 Incompletos	4 No existe	0
d) Enfermedad Actual	Estándar	8 Incompleto	4 No existe	0
e) Examen Clínico	Estándar	8 Incompleto	4 No existe	0
SUB TOTAL "A"				0

B) DIAGNÓSTICOS:



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





Ministerio de Salud
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

a) Presunciones	Estándar	5	Incompletos	4	No existe	0
b) Definiciones	Estándar	12	Incompletos	6	Incompletos y no oportunos	0
c) Uso del Código CIE "X"	Estándar	2	No	0	No existe	0
SUB-TOTAL "B"						

C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

a) Notas de evoluciones	Estándar	6	Incompletos	4	No existe	0
b) Exámenes de laboratorio	Estándar	4	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1
c) Exámenes radiológicos	Estándar	4	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1
d) Interconsultas	Estándar	4	Suficientes y no oportunos	2	excesivos	1
SUB-TOTAL "C"						

D) TRATAMIENTO

a) Tratamiento	Estándar	10	Insuficiente	6	excesivos	4
SUB-TOTAL "D"						

E) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

a) Evolución	Estándar	8	Desfavorable esperada	4	Desfavorable no esperada	0
b) Complicaciones	Estándar	5	Impredecibles	3	Evitables	0
c) Alta	Estándar	2	No oportuna	1	No existe	0
d) Especifica indicaciones del Alta	Estándar	2	Incompletas	1	No existe	0
SUB-TOTAL "E"						

F) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

a) Puntual	Estándar	3	Sólo alguna	1	No existe	0
------------	----------	---	-------------	---	-----------	---



Carla

A



Alvarez



Ministerio de Salud
 INSTITUCIÓN AUTÓNOMA REGULADORA

	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0
b) Registro de la nota de Atención	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0
c) Registro el médico forajete	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0
c) Letra legible	Estándar	2	Irregular	1	Nunca	0
d) Sello y firma del médico	Estándar	3	Sólo alguno	1	No existe	0
SUB-TOTAL "F"						0
TOTAL						0
CALIFICACION:						
IGUAL O MAYOR DE 80						
MENOR DE 80						
ACEPTABLE:						
POR MEJORAR:						
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES						
V.- INCONFORMIDADES MENORES						
VI.- CONCLUSIONES:						
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO						



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



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

INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE CONSULTA EXTERNA

I- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA: SERVICIO AUDITADO: <u>DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORIAS</u> AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO: <u>SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORIA</u> MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR: <u>NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA DEL AÑO EN CURSO.</u> ASUNTO: <u>NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES</u> FECHA: <u>TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA</u>	II- DATOS DE LA AUDITORIA: COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ CODIGO CODIGO DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y/O DEL INITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA
III.- OBSERVACIONES: A) ESTUDIO CLÍNICO:	



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



a) Filiación	<p>COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN. NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN.</p> <p>COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando está consignado el antecedente patológico y/o epidemiológico que pueden ayudar en el diagnóstico y/o tratamiento del problema actual. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN. NO EXISTE: NO HAY.</p>
b) Antecedentes	<p>COMPLETO: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR); INCOMPLETO: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.</p>
c) Antecedentes ocupacionales	<p>COMPLETA: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR) cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. NO EXISTE: NO HAY DATOS.</p>
d) Enfermedad Actual	<p>COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PRE-FERENCIAL (ESTANDAR) cuando tiene funciones vitales (adultos): F.C., P.A., niños: F.C., FR, T y de acuerdo a la patología. Peso y Talla. INCOMPLETA: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PRE-FERENCIAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.</p>
e) Examen Clínico	<p>SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "A"</p>
SUB TOTAL "A"	<p>NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS POR EL MISMO PROBLEMA.</p>
B) DIAGNÓSTICOS:	
a) Presuntivos:	<p>POSIBILIDADES: CONCORDANTE CON EL PROBLEMA (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. NO CONCORDANTE CON EL PROBLEMA; INCOMPLETO: cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.</p> <p>POSIBILIDADES: CONCORDANTE CON EL PROBLEMA (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. NO CONCORDANTE CON EL PROBLEMA / INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos que se desprenderán de la historia clínica. NO EXISTE.</p>
b) Definitivos	
c) Uso del Código CIE "X"	<p>USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES</p>



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "B"
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	
a) Notas de controles	POSIBILIDADES: EXISTEN COMPLETAS (ESTANDAR) según el sistema SOAP y consigna funciones vitales, INCOMPLETAS, NO EXISTEN
b) Exámenes de laboratorio	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR) se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS INSUFICIENTES EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.
c) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR) SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS INSUFICIENTES EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución.
d) Interconsultas	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "C"
SUB TOTAL "C"	D) TRATAMIENTO:
a) Tratamiento:	POSIBILIDADES: SUFICIENTE Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución. INSUFICIENTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la H.C., EXCESIVO terapéutica que no se justifica por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. IATROGÉNICO
SUB-TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "D"
E) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	
a) Evolución	POSIBILIDADES: FAVORABLE (ESTANDAR) DESFAVORABLE ESPERADA, cuando por las características de la patología y en base a la evidencia científica se espera una evolución desfavorable. DESFAVORABLE NO ESPERADA, cuando la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico y tratamiento instaurado.
b) Complicaciones:	POSIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR). IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. EVITABLES, aquellas que se prevén de acuerdo a la patología del paciente.



[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



<p>c) Alta</p> <p>d) Especifica indicaciones del Alta</p> <p>SUB TOTAL "E"</p>	<p>POSIBILIDADES: OPORTUNA (ESTANDAR), Baja o alta al superar o definir el problema: NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema. NO EXISTE A PESAR DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA.</p> <p>POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR) INCOMPLETAS, NO EXISTEN.</p> <p>SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "E"</p>
F. ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	
<p>a) Puntaje 2</p> <p>b) Registro de la historia de Atención</p> <p>c) Letra legible</p> <p>d) Sello y firma del médico.</p> <p>SUB TOTAL "F"</p> <p>TOTAL</p>	<p>POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clinica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados, y foliados. NO EXISTE.</p> <p>POSIBILIDADES: SI EXISTE (ESTANDAR), NO EXISTE.</p> <p>POSIBILIDADES: SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la H.C. A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE.</p> <p>POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR) SÓLO FIRMA, NO EXISTE.</p> <p>SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"</p> <p>SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "F"</p>
<p>IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:</p>	<p>CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR</p> <p>ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.</p>
<p>V.- INCONFORMIDADES MENORES:</p>	<p>CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.</p> <p>ESTAS DEBEN SER SELECCIONADAS POR EL EQUIPO AUDITOR.</p>
<p>VI.- CONCLUSIONES:</p> <p>VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:</p>	<p>RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO</p>



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



	<p>VII. FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA.</p>	<p>LA BUSQUEDA DE DATOS PARA LA AUDITORIA SE INICIA DESDE LA ULTIMA CONSULTA (ULTIMO DIAGNÓSTICO), LUEGO SE VA RETROCEDIENDO EN LA HISTORIA CLINICA HASTA DETECTAR CUANDO SE HIZO POR PRIMERA VEZ ESE DIAGNÓSTICO. (MAXIMO 3 CONSULTAS)</p>
	<p>NOTA</p>	<p>CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, ES DECIR NO SE HAN REALIZADO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN POR NO CORRESPONDER, SERAN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, SENALANDO CON UN ASTERISCO SU NO APLICABILIDAD.</p>
	<p>NO APLICABLES</p>	<p>CUANDO NO SE HA CONSIGNADO EL DATO</p>
	<p>NO EXISTE</p>	



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA:

SERVICIO AUDITADO:

AUDITORIA DE HOSPITALIZACIÓN

MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR

ASUNTO

FECHA

II.- DATOS DE LA AUDITORIA

ULTIMA FECHA DE CONSULTA:

CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA

CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE

DIAGNÓSTICO

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLÍNICO:

NOTA: EN CASO DE QUE EL DATO NO SEA APLICABLE, SE COLOCARÁ EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO SOBRE EL DATO



[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



[Handwritten signature]



Ministerio de Salud
 Promoviendo la salud y mejorando la calidad de vida

a) Filiación:	Estandar: No aplicable	2	Insuficiente	1	No existe	0			
b) Antecedentes personales no patológicos:	Estandar: No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
c) Antecedentes personales patológicos:	Estandar: No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
d) Antecedentes epidemiológicos:	Estandar: No aplicable	2	Incompletos	1	No existe	0			
e) Antecedentes ocupacionales:	Estandar: No aplicable	1	No existe	0					
f) Enfermedad Actual:	Completada y concordante con los problemas de ingreso	5	Incompletos	3	Incompletos y no concordante con ellos problemas de ingreso	2	No existe	0	
g) Examen Clínico:	Completada y concordante con la enfermedad actual	6	Incompleta	1	Incompletos y no concordante con la enfermedad actual	2	No existe	0	
h) Nota de ingreso:	Completada	2	Incompletas	1	No existe	0			
i) Plan de Trabajo:	Completo	2	Incompleto	1	No existe	0		0	
SUB TOTAL "A"									0



A



Oceano

B) DIAGNÓSTICOS:

a) Presuntivos	Estándar/No aplicable	5 Incompletos	3 No existe Incompletos y no oportunos	0	0
b) Definidos	Estándar/No aplicable	8 Incompletos	5	2	0
c) Uso del Código (IE "X")	Estándar/No aplicable	2 No	0		0
SUB TOTAL "B"					0

C) NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

a) Notas de evolución	Completas	5 Incompletas completas y no oportunas	3 No existe	0	0
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/No aplicable	4 completos y oportunos	2 excesivos	1	0
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplicable	4 completos y oportunos	2 excesivos	1	0
d) Interconsultas	Estándar/No aplicable	4 No oportunas	2 excesivos	1	0
SUB TOTAL "C"					0

D) NOTAS DE ENFERMERIA

a) Evoluciones de enfermería	Completas	2 Incompletas	1 No existe	0	0
b) Hojas de Injertos Vitales	Completas	2 Incompletas	1 No existe	0	0
c) Hoja de balance hidrico	Completas	2 Incompletas	1 No existe	0	0



[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



SUB-TOTAL "D"		E) TRATAMIENTO:				SUB-TOTAL "E"	
a) De soporte o sintomático		Estándar/No aplicable	6 Insuficiente	4 excesivos	2 No existe	0	
b) Fisiológico		Estándar/No aplicable	10 Insuficiente	5 excesivos	3 No existe	0	
SUB-TOTAL "E"						0	
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES							
a) Evolución		Estándar/No aplicable	5 Deficiente	2,5 esperada	Desfavorable no esperada	0	
b) Complicaciones		Estándar/No aplicable	5 Impredicibles	2	Evitables	0	
c) Estancia		Adecuada	3 Insuficiente	1	Prolongada	0	
d) Alta		Estándar/No aplicable	2 No oportuna	1	No existe	0	
e) Especifica indicaciones del AIA		Estándar/No aplicable	2 Incompletas	1	No existe	0	
SUB-TOTAL "F"						0	
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA							
a) Registro	Conveniente/No apto	Si	1,5 No	0			
b) Puntualidad	Estándar/No aplicable	1 No	0				



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Estándar/No aplicable	1 No	0	Estándar/No aplicable	1 No	0
c) Registro de la hora de Atención	1 Irregular	0.5 Nunca			0
d) Letra legible	1 No	0			0
e) Registro Médico tratante	3 Solo algunos	1 No existe			0
f) Sello y firma del médico					0
SUB TOTAL "C"					0
TOTAL					0
CALIFICACIÓN:					
ACEPTABLE:					
POR MEJORAR:					
IGUAL O MAYOR DE 80					
MEJOR DE 80					
IV - INCONFORMIDADES MAYORES:					
Ausencia de firma y sello del médico tratante					
No existencia del diagnóstico correspondiente con el C.I.E.X					
No seguir los estándares para la atención en Consulta Externa					
Otras					



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



V.- INCONFORMIDADES MENORES:	
No consigna hora de atención.	
No es con cantidad de medicación prescrita.	
Cifras.	
VI.- CONCLUSIONES:	
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:	
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA	



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORIAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORIA
AUDITORIA DE CONSULTA EXTERNA NÚMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORIA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN DEL AÑO EN CURSO
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORIA
II.- DATOS DE LA AUDITORIA:	
ULTIMA FECHA DE CONSULTA	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS:	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLINICA
III.- OBSERVACIONES:	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA
A) ESTUDIO CLÍNICO	
a) Filiación:	SUFICIENTE SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registrar edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN
b) Antecedentes personales no patológicos:	Completos: antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones (pediatría), controles prenatales (obstetricia). Incompletos: cuando falta alguno de los datos. No existe: No se consignan.
c) Antecedentes personales patológicos:	Figura el antecedente patológico y sus características indicando el tratamiento recibido. Incompletos: cuando faltan datos. No existe: no se consignan.
d) Antecedentes Epidemiológicos	Completos: procedencia, viajes realizados, contactos con enfermedades infecto-contagiosas. Incompletos: faltan algunos datos. No existe: No se consignan.
e) Antecedentes ocupacionales	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OBLIGATORIOS (ESTANDAR). INCOMPLETOS: FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.



Handwritten signature



f) Enfermedad Actual:	COMPLETA Y CONCORDANTE CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. INCOMPLETA Y NO CONCORDANTES CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO. NO EXISTE NO HAY DATOS
g) Examen Clínico	COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA ENF. ACTUAL: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T) y de acuerdo a la patología Peso y Talla. INCOMPLETO: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA ENFERMEDAD ACTUAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS
h) Nota de ingreso	Completa: Incluye filiación, antecedentes contributivos, examen físico preferencial, diagnósticos y plan de trabajo. Incompleta: Faltan datos. No existe: No se consigna.
i) Plan de trabajo	Completo: Consigna exámenes auxiliares, interconsultas y procedimientos con fechas correspondientes. Incompleto: faltan datos. No existe: No se consigna.
SUB TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
B) DIAGNÓSTICOS:	
a) Presuntivos	POSIBILIDADES ADECUADOS (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE
b) Definitivos	POSIBILIDADES ADECUADOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO, No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE
c) Uso del Código CIE "X"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	
a) Notas de Evolución	Completas, sigue el sistema SOAP, consigna funciones vitales. Incompletas, Faltan datos. No existe, no se consignan datos.
b) Exámenes de laboratorio	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS: EXCESIVOS exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS, no se solicitan todos los exámenes necesarios.

Handwritten signature



Handwritten signature



c) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR); COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS
d) Interconsultas	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR); NO OPORTUNOS, EXCESIVAS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INSUFICIENTES.
SUB-TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "C"

D) NOTAS DE ENFERMERIA

g) Evoluciones de enfermería	Completas, registra funciones vitales, medicamento vía, dosis, procedimiento e interconsultas. Incompletas, faltan datos. No existe.
b) Hoja de funciones vitales	Completa, en la hoja gráfica esta registrada la PA, T, FC, FR, en cada uno de los casilleros del formato. Incompleta; faltan datos. No existe.
c) Hoja de balance hídrico	Completa, se consignan todos los datos. Incompleta; faltan datos. No existe.
SUB-TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "D"

E) TRATAMIENTO:

a) Tratamiento Sintomático	Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, fluido terapia, sintomáticos. Insuficiente; faltan datos. Excesivo para los diagnósticos planteados.
b) Tratamiento Etiológico	Adecuado y suficiente, no. Sustentado por el diagnóstico definitivo, o debidamente sustentado en la evolución. Insuficiente, no de acuerdo a los requerimientos. Excesivo, de acuerdo al diagnóstico planteado. No existe a pesar del diagnóstico, hay evidencia de un diagnóstico y no figura el tratamiento.
SUB-TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "E"

F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

a) Evolución	favorable, buena evolución. Desfavorable esperada, por las características de la patología se espera una evolución desfavorable. Desfavorable no esperada, la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico.
b) Complicaciones	POSIBILIDADES: AJUSTES (ESTANDAR); IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. EVITABLES, aquellas que se prevén de acuerdo a la patología del paciente.

Cleusa

M



León



c) Estancia	Adecuada. Estancia en el servicio menor a promedio aceptado para el establecimiento. Insuficiente. Alta antes de superar los problemas motivo de su hospitalización. Prolongada. Estancia mayor al promedio aceptado por el establecimiento.
d) Alta	POSIBILIDADES: OPORTUNA (ESTANDAR), figura el alta al superar o definir el problema. NO OPORTUNA, alta antes de superar el problema. NO EXISTE A PESAR DE HABER SUPERADO EL PROBLEMA.
e) Especifica indicaciones de Alta	POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR) INCOMPLETAS. NO EXISTEN.
SUB-TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	
a) Registra consentimiento informado	si. No
b) Pulcritud	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clinica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados, y foliados. NO EXISTE
c) Registro de la hora de Atención	POSIBILIDADES: SI EXISTE (ESTANDAR), NO EXISTE
d) Letra legible	POSIBILIDADES: SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la H.C. A VECES en partes de la H.C. NO EXISTE
e) Registra médico tratante	si. No.
f) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR) SOLO FIRMA. NO EXISTE
SUB TOTAL "G"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "G"
TOTAL	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G".
IV - INCONFORMIDADES MAYORES:	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
	SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
V - INCONFORMIDADES MENORES:	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
	SERÁN CONSIGNADAS POR EL EQUIPO AUDITOR
VI - CONCLUSIONES.	RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACION CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO
VII - FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:	
VIII - FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:	

Elaine




Handwritten signature



CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERÁN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR, COLOCANDO UN ASTERISCO PARA IDENTIFICAR LA NO APLICACION.

NOTA:

Plan



Lina



FICHA DE AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA:

SERVICIO AUDITADO	
AUDITORIA DE PACIENTE FALLECIDO	
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	
ASUNTO:	
FECHA:	

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:

ULTIMA FECHA DE CONSULTA CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE	
DIAGNÓSTICO	

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLINICO:



Orano



	Estándar/No aplicable	2 Insuficiente	1 No existe	1 No existe	0
a) Función	Estándar/No aplicable	2 Insuficiente	1 No existe	1 No existe	0
b) Antecedentes personales no patológicos	Estándar/No aplicable	2 Incompletos	1 No existe	1 No existe	0
c) Antecedentes personales patológicos	Estándar/No aplicable	2 Incompletos	1 No existe	1 No existe	0
d) Antecedentes epidemiológicos	Estándar/No aplicable	2 Incompletos	1 No existe	1 No existe	0
e) Antecedentes ocupacionales	Estándar/No aplicable	1 No existe	0	0	0
f) Enfermedad Actual	Completa y concorde con los problemas de ingreso	5 Incompletas	3	Incompletos y no concorde con los problemas de ingreso	1 No existe
g) Examen Clínico	Completa y concorde con la enfermedad actual	5 Incompleta	3	Incompletos y no concorde con la uniformidad actual	1 No existe
h) Nota de ingreso	Completa	2 Incompletas	1	No existe	0
i) Plan de Trabajo	Completo	2 Incompleto	1	No existe	0
j) Epícrisis	Completa	2 Incompleta	1	No existe	0
SUB-TOTAL "A"					0

B) DIAGNÓSTICOS:



Plaza



Ministerio de Salud
AL SERVIDOR PÚBLICO

a) Presunciones	Estándar aplicable	5. Incompletos	3. No existe y no oportunos	0	0
b) Defunciones	Estándar aplicable Adecuado y concorde con el diagnóstico definitivo	8. Incompletos No concorde con el diagnóstico definitivo	5. No existe	2. No existe	0
c) Diagnóstico de certificación de defunción		4. Definitivo	2. Inadecuado	4. No existe	0
d) Necropsia	5.	3. No	0		
e) Uso del Código CIE "X"	Estándar aplicable	7. No	0		0
SUB-TOTAL "B"					

C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS

a) Notas de evolución	Completas Suficiente y concorde con el certificado de defunción	4. Incompletas Insuficiente y no concorde	2. No existe	0	
b) Informe de defunción	Estándar aplicable	2. concorde	1. No existe	0	
c) Exámenes de laboratorio	Estándar aplicable	4. completos y no oportunos	2. excesivos	1. Incompletos	0
d) Exámenes radiológicos	Estándar aplicable	4. completos y no oportunos	2. excesivos	1. Incompletos	0
e) Interconsultas	Estándar aplicable	4. No oportunas	2. excesivas	1. Insuficientes	0
SUB-TOTAL "C"					



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

D) NOTAS DE ENFERMERÍA				
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2 Incompletas	1 No existe	0
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2 Incompletas	1 No existe	0
c) Hoja de balance hídrico	Completas	2 Incompletas	1 No existe	0
SUB-TOTAL "D"				
E) TRATAMIENTO				
a) De soporte o sintomático	Estándar/No aplicable	5 Insuficiente	3 excesivos	2 No existe
b) Etiológico	Estándar/No aplicable	9 Insuficiente	5 excesivos	3 No existe
SUB-TOTAL "E"				
0				
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES				
a) Evolución	Estándar/No aplicable	5 Desfavorable esperada	3 Desfavorable no esperada	0
b) Complicaciones:	Estándar/No aplicable	5 Impredecibles	3 Evitables	0
c) Estancia	Adecuada	4 Prolongada	0	
SUB-TOTAL "F"				
0				

G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





Ministerio de Salud
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS

a) Registro Consentimiento informado	Si	1,5	No	0	
b) Puntual	Estándar/No aplicable	1	No	0	
c) Registro de la foto de Atención	Estándar/No aplicable	1	No	0	
d) Letra legible	Estándar/No aplicable	1	Irregular	0,5	Manca
e) Registro Médico tratante	Estándar/No aplicable	1	No	0	
f) Sello y firma del médico	Estándar/No aplicable	3	Solo alguno	1	No existe
SUB TOTAL "G"					0
TOTAL					0
CALIFICACIÓN:					
ACEPTABLE:					
POR MEJORAR					
IGUAL O MAYOR DE 80					
MEJOR DE 80					
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:					
Ausencia de firma y sello del médico tratante					
No existencia del diagnóstico como procedimiento con el CIE - X					
No sigue los estándares para la atención en Consulta Externa					



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



Otras:	V.- INCONFORMIDADES MENORES:
No convalida hora de atención No señala cantidad de medicación prescrita	VI.- CONCLUSIONES:
Otras:	VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:
 	VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO DE AUDITORÍA DE PACIENTES FALLECIDOS	
I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORIAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORIA
AUDITORÍA DE PACIENTE FALLECIDO No:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE HOSPITALIZACIÓN DEL AÑO EN CURSO.
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DE LOS AUDITORES
ASUNTO	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORIA
II.- DATOS DE LA AUDITORIA:	
ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA	COLOCAR LA ÚLTIMA FECHA DE CONSULTA
FECHA DE CONSULTA O CONSULTAS	FECHAS EN LAS QUE EL PACIENTE HA SIDO EVALUADO POR PRIMERA VEZ
CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE	CODIGO
DIAGNOSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLINICA
III.- OBSERVACIONES.	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLINICA
A) ESTUDIO CLÍNICO:	
a) Filiación.	SUFICIENTE: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR) registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MAS DATOS DE FILIACIÓN. NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN.
b) Antecedentes personales no patológicos.	Completos: antecedentes de alimentación, vivienda, hábitos sexuales, parto, desarrollo psicomotor, inmunizaciones (pediatría), controles prenatales (obstetricia) incompletos, cuando falta algunos de los datos. No existe: No se consignan.
c) Antecedentes personales patológicos.	Figura el antecedente patológico y sus características indicando el tratamiento recibido. Incompletos: cuando faltan datos. No existe, no se consignan.
d) Antecedentes Epidemiológicos	Completos: procedencia, viajes realizados, contactos con enfermedades infecto. Contagiosas. Incompletos: faltan algunos datos. No existe: No se consignan.
e) Antecedentes ocupacionales	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR). INCOMPLETOS. FALTAN DATOS. NO EXISTE: NO HAY.

Alcázar



f) Enfermedad Actual	COMPLETA Y CONCORDANTE CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO. ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico. INCOMPLETA: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA. INCOMPLETA Y NO CONCORDANTES CON LOS PROBLEMAS DE INGRESO. NO EXISTE: NO HAY DATOS
g) Examen Clínico	COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA ENF. ACTUAL. ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR) cuando tiene funciones vitales (adultos: FC, PA, niños: FC, FR, T y de acuerdo a la patología. Peso y Talla. INCOMPLETO: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EX. PREFERENCIAL. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE CON LA ENFERMEDAD ACTUAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.
h) Nota de ingreso	Completa: Incluye filiación, antecedentes, antecedentes examen físico preferencial, diagnósticos y plan de trabajo. Incompleta: Faltan datos. No existe: No se consigna.
i) Plan de trabajo	Completa: Consigna exámenes auxiliares, interconsultas y procedimientos con fechas correspondientes. Incompleta: faltan datos. No existe: No se consigna.
j) Epícrisis	Completa: fecha de ingreso, fecha de alta, diag. Final, nombre, sexo, edad, procedencia, historia médica anterior, historia médica actual, estudios realizados, evolución, problemas pendientes de estudio, condición al alta, descanso médico, transferencias, firma y sello del médico tratante, jefe del servicio. Incompleta: faltan datos.
SUB TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "A"
B) DIAGNÓSTICOS:	
a) Presuntivos:	POSIBILIDADES: ADECUADOS (ESTANDAR), cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE
b) Definitivos:	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETO: No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. NO EXISTE
c) Uso del Código CIE "X"	USO DE LA CODIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES
SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "B"
C) NOTAS DE EVOLUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	



Alcarriz



Alcarriz



a) Notas de Evolución:	Completas, sigue el sistema SOAP, consigna funciones vitales; Incompletas, Faltan datos. No existe, no se consignan datos.
b) Informe de defunción:	suficiente y concordante con el certificado de defunción, formato lleno y los diagnósticos son concordantes. Insuficiente y no concordante, faltan datos. No existe.
c) Exámenes de laboratorio:	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR), se solicitan todos los exámenes oportunamente o según se requiera durante la evolución. COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INCOMPLETOS: no se solicitan todos los exámenes necesarios.
d) Exámenes radiológicos:	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR) COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución INCOMPLETOS
a) Interconsultas:	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR), NO OPORTUNOS, EXCESIVAS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución. INSUFICIENTES.
SUB TOTAL 'C'	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM 'C'

D) NOTAS DE ENFERMERÍA

a) Evoluciones de enfermería:	Completas, registra funciones vitales, medicamento, vía, dosis, procedimiento e interconsultas. Incompletas, faltan datos. No existe.
b) Hoja de funciones vitales:	Completa, en la hoja gráfica está registrada la PA, T, FC, FR en cada uno de los cuadros del formato. Incompleta, faltan datos. No existe.
c) Hoja de balance hídrico:	Completa, se consignan todos los datos. Incompleta, faltan datos. No existe.
SUB TOTAL 'D'	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM 'D'

E) TRATAMIENTO

a) Tratamiento Sintomático:	Adecuado y suficiente, se registra tipo de dieta, flujo de terapia sintomáticos. Insuficiente, faltan datos. Excesivo, para los diagnósticos planteados.
b) Tratamiento Etiológico:	Adecuado y suficiente, ita. Suficientado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución. Insuficiente, no de acuerdo a los requerimientos. Excesivo, de acuerdo al diagnóstico planteado. No existe a pesar del diagnóstico, hay evidencia de un diagnóstico y no figura el tratamiento.



Handwritten signature



Handwritten signature



SUB-TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "E"
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	
a) Evolución	Favorable, buena evolución. Desfavorable esperada, por las características de la patología se espera una evolución desfavorable. Desfavorable no esperada, la evolución no es la esperada de acuerdo al diagnóstico.
b) Complicaciones	POSIBILIDADES: AUSENTES (ESTANDAR) IMPREDECIBLES, no se esperaban de acuerdo a la evolución y tratamiento. EVITABLES, aquellas que se prevén de acuerdo a la patología del paciente.
c) Estancia	Adecuada, Estancia en el servicio menor a promedio aceptado para el establecimiento. Insuficiente, Alta antes de superar los problemas motivo de su hospitalización. Prolongada, Estancia mayor al promedio aceptado por el establecimiento.
SUB-TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "F"
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	
a) Registra consentimiento informado	SI / NO
b) Placitud:	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clínica esta limpia, ordenada, con formatos adecuados, y foliados. NO EXISTE
c) Registro de la hora de Atención	POSIBILIDADES: SI EXISTE (ESTANDAR), NO EXISTE
d) Letra legible	POSIBILIDADES, SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la H.C. A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE
e) Registra médico tratante	SI / NO
f) Sello y firma del médico	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR) SÓLO FIRMA. NO EXISTE
SUB TOTAL "G"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "G"
TOTAL	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G".
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES.	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR.
V.- INCONFORMIDADES MENORES	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR.
VI.- CONCLUSIONES:	RESUMEN DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS EN COMPARACIÓN CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.

Handwritten signature



Handwritten signature



VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO.	
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA:	
	CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERAN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR.

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



FICHA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA

SERVICIO AUDITADO:
AUDITORIA DE EMERGENCIA
NUMERO:

MIEMBROS DEL COMITÉ
AUDITOR:

AÑO:

FECHA:

II.- DATOS DE LA AUDITORIA:

IDENTIFICACION DE LA
HISTORIA CLINICA
CODIFICACION DEL
PERSONAL TRATANTE:

DIAGNOSTICO:

III.- OBSERVACIONES:

A) ESTUDIO CLINICO.

Estándar que aplica		1 Insuficiente	2 No existe	
Estándar no aplica	0		1	No existe
Estándar no aplica	0	0.5 Rescompletos		0.5 No existe

a) Filiación

b) Anecdotarios/comentarios:



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

a) Antecedentes ocupacionales b) Enfermedad Actual c) Funciones Vitales d) Examen Clínico e) Plan de trabajo SUB-TOTAL "A"	Estándar/No aplica Estándar/No aplica Estándar Estándar/No aplica Completo	1 Incompletos 2 Incompleta 2 Incompletos 6 Incompleto 2 Incompleto	0.5 No existe Incompletas y no concordante con el problema de ingreso 4 1 No existe Incompletas y no concordante con el problema de ingreso 4 1 No existe	0 2 No existe 0 2 No existe 0	0 0 0 0 0
---	--	--	---	---	-----------------------



B) DIAGNOSTICOS

a) Presuntivos b) Definitivos c) Pronósticos SUB-TOTAL "B"	Estándar/No aplica Estándar/No aplica Concordante con el diagnóstico	5 Incompletos 8 Incompletos No concordante con el diagnóstico 4	3 No existe Incompletos y no oportunos 4 2 No existe	0 2 No existe 0	0 0 0
---	--	---	--	-----------------------	-------------



C) NOTAS DE EJECUCION, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS









Ministerio de Salud
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

a) Identificación de problemas en evolución	5	4	2	Incompleto y no concitante	1	0
b) Examen clínico de evolución	Completo (estándar)	4 Incompleto	2	1 No existe	1	0
b) Exámenes de laboratorio	Estándar/no aplica	3 Suficientes y no oportunos	2	2 necesarios	1	0
c) Exámenes radiológicos	Estándar/No aplica	1 Suficientes y no oportunos	2	2 necesarios	1	0
d) Diagnósticos de evolución	Estándar/No aplica	2 Incompletos y no concitantes	1	1 No existe	0	
e) Plan de trabajo de evolución	Estándar/No aplica	2 Incompleto	1	1 No existe	0	
f) Interoconsultas	Estándar/no aplica	3 No oportunas	2	2 oportunos	1	0
SUB-TOTAL "C"						
D) NOTAS DE ENFERMERIA						
a) Evoluciones de enfermería	Completas	2 Incompletas	1	1 No existe	0	
b) Hoja de funciones Vitales	Completas	2 Incompletas	1	1 No existe	0	
c) Hoja de balance hidro	Completas	2 Incompletas	1	1 No existe	0	
SUB-TOTAL "D"						



[Handwritten signature]

EJ) TRATAMIENTO



[Handwritten signature]

a) Tratamiento de soporte u información	Estandar/No aplica	4 Insuficiente	2 excesivos	1	
b) Etiológico	Estandar/No aplica	3 Insuficiente	4 excesivos	2 No existe	0
SUB-TOTAL "E"					
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES					
a) Evolución	Estandar/No aplica	6 Desfavorable espumada	3 Desfavorable no esperada	0	
b) Complicaciones:	Estandar/No aplica	6 Impredicibles	3 Evitables	0	
c) Mortalidad	Estandar/No aplica	1 Insuficiente	0,5 Prolongada	0	
d) Especifica indicaciones del Autor	Estandar/No aplica	1 Incompletas	0,5 No existe	0	
SUB-TOTAL "F"					
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA					
a) Puntualidad	Estandar/No aplica	1 No	0		
b) Registro de la hora de Atención	Estandar/No aplica	1 No	0		
c) Letra legible	Estandar/No aplica	1 No	0		
d) Sello y firma del médico	Estandar/No aplica	2 Solo alguno	1 No existe	0	
SUB-TOTAL "G"					



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA

I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	DATOS DE REGISTRO INTERNO DE LAS AUDITORÍAS
SERVICIO AUDITADO:	SERVICIO SELECCIONADO PARA REALIZAR LA AUDITORÍA
AUDITORIA DE EMERGENCIA NUMERO:	NÚMERO DE REGISTRO DE AUDITORÍA MÉDICA DE EMERGENCIA DEL AÑO EN CURSO
MIEMBROS DEL COMITÉ AUDITOR:	NOMBRES COMPLETOS DE/LOS AUDITORES
ASUNTO:	TEMA SOBRE EL CUAL SE AUDITA
FECHA:	FECHA EN QUE SE REALIZA LA AUDITORÍA

II.- DATOS DE LA AUDITORÍA:

CODIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA:	CODIGO
CODIFICACION DEL PERSONAL TRATANTE	CODIGO
DIAGNÓSTICO:	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y/O DEFINITIVO QUE FIGURA EN LA HISTORIA CLÍNICA
III.- OBSERVACIONES:	DATOS REGISTRADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA

A) ESTUDIO CLINICO:

a) Filiación	COMPLETA: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), registra edad y sexo. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE: NO HAY FILIACIÓN
b) Antecedentes contribucionales:	COMPLETOS: SI ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando está consignado el antecedente patológico y / o epidemiológico que pueden ayudar en el diagnóstico y / o tratamiento del problema actual. INCOMPLETA: FALTAN 2 O MÁS DATOS DE FILIACIÓN NO EXISTE: NO HAY
c) Antecedentes ocupacionales:	COMPLETOS: SI SE CONSIGNAN LOS DATOS OCUPACIONALES (ESTANDAR); INCOMPLETOS: FALTAN DATOS; NO EXISTE: NO HAY.
d) Enfermedad Actual	COMPLETA: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y / o diagnóstico, CON ÉNFASIS EN AQUELLOS QUE SON MOTIVO DE LA CONSULTA. INCOMPLETO: no se describen los hallazgos de todos los aparatos y sistemas. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA, los hallazgos no se correlacionan. NO EXISTE: NO HAY DATOS
e) Funciones Vitales	COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL (ESTANDAR), cuando tiene funciones vitales, (Adultos: FC, PA, T, FR) INCOMPLETA: NO ESTAN TODOS LOS DATOS DEL EXAMEN PREFERENCIAL. NO EXISTE: NO HAY DATOS.

Crema



f) Examen Clínico	COMPLETO: ESTAN TODOS LOS DATOS (ESTANDAR), cuando tiene tiempo de enfermedad, signos y síntomas principales y desarrollo cronológico de ingreso y/o diagnóstico. CON ÉNFASIS EN AQUELLOS QUE SON MOTIVO DE LA CONSULTA. INCOMPLETO: faltan datos. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: FALTAN DATOS DEL PROBLEMA, los hallazgos no se correlacionan. NO EXISTE: NO HAY DATOS.
g) Plan de trabajo	COMPLETO: se consignan exámenes auxiliares solicitados, interconsultas, procedimientos. La fecha de solicitud debe estar actualizada. INCOMPLETO: falta datos. NO EXISTE.
SUB TOTAL "A"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "A"
B) DIAGNÓSTICOS:	
a) Presuntivos:	POSIBILIDADES: ADECUADOS, cuando exista relación con la enfermedad actual, examen físico y antecedentes. INCOMPLETOS: cuando no se han colocado todos los diagnósticos que se pueden desprender de la historia clínica. NO EXISTE.
b) Definitivos:	POSIBILIDADES: ADECUADOS Y OPORTUNOS: Cuando existe relación con la enfermedad actual, examen físico y exámenes auxiliares. La oportunidad se refiere a la consignación del diagnóstico definitivo en el momento de tener evidencia de él. INCOMPLETOS: No figuran todos los diagnósticos que se desprenden de la historia clínica. INCOMPLETOS Y NO OPORTUNOS. NO EXISTE.
c) Pronóstico	CONCORDANTE CON EL DIAGNÓSTICO: exista y guarda relación con el diagnóstico. NO CONCORDANTE CON EL DIAG: no guarda relación con el diag. Planteado.
SUB TOTAL "B"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "B"
C) NOTAS DE EVOLUCIÓN, EXAMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS	
a) Identificación de problemas en evolución	POSIBILIDADES: EXISTEN COMPLETAS (ESTANDAR) siguen el sistema SOAP y consignan funciones vitales. NO EXISTEN.
b) Examen clínico de evolución	COMPLETO Y CONCORDANTE CON LA H.C.: todas las evoluciones tienen examen clínico. INCOMPLETO: faltan datos. INCOMPLETO Y NO CONCORDANTE: faltan datos y no hay correlación. NO EXISTE.
c) Interpretación de Exámenes Complementarios	POSIBILIDADES: COMPLETOS: se interpretan haciendo unidad clínica con la H.C. INCOMPLETOS: Cuando alguno de los antecedentes no es interpretado.

Escudo



Escudo



d) Exámenes de Laboratorio	POSIBILIDADES: COMPLETOS Y OPORTUNOS (ESTANDAR), COMPLETOS PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, exámenes que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS, NO SE SOLICITA LO REQUERIDO.
e) Exámenes radiológicos	POSIBILIDADES: SUFICIENTES Y OPORTUNOS (ESTANDAR), SUFICIENTES PERO NO OPORTUNOS, EXCESIVOS, que no se justifican por los diagnósticos planteados o que no se justifican por la evolución, INCOMPLETOS
f) Diagnósticos de evolución	COMPLETOS Y CONCORDANTES, deben figurar todos los diagnósticos, INCOMPLETOS, Y NO CONCORDANTES, faltan algunos diagnósticos, NO EXISTE
g) Plan de trabajo de evolución	POSIBILIDADES: COMPLETO Y CONCORDANTE CON DIAGNÓSTICOS (ESTANDAR), sustentado por el diagnóstico definitivo o debidamente sustentado en la evolución, INCOMPLETO Y CONCORDANTE, de acuerdo a los diagnósticos sustentados en la H.C., NO EXISTE.
h) Interconsultas	OPORTUNAS Y SUFICIENTES, cuando se solicitan las interconsultas necesarias al ingreso y durante la evolución, NO OPORTUNAS, EXCESIVAS, INSUFICIENTES
SUB-TOTAL "C"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "C"
D) NOTAS DE ENFERMERIA	
a) Evoluciones de enfermería	COMPLETAS: registra funciones vitales, medicamentos, vía, dosis, procedimientos, interconsultas, INCOMPLETAS, NO EXISTE
b) Hoja de funciones Vitales	COMPLETAS: PA, T, FC, FR, INCOMPLETAS, NO EXISTE
c) Hoja de balance hídrico	POSIBILIDADES: COMPLETAS (ESTANDAR), INCOMPLETAS, NO EXISTEN
SUB-TOTAL "D"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "D"
E) TRATAMIENTO:	
a) Tratamiento de soporte o sintomático	ADECUADO Y SUFICIENTE, registra tipo de dieta, fluidoterapia, sintomáticos, INSUFICIENTE, EXCESIVO.
b) Etiológico	
SUB-TOTAL "E"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ÍTEM "E"
F) EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES	

Plaza



Handwritten signature



a) Evolución:	FAVORABLE, DESFAVORABLE Y ESPERADA, DESFAVORABLE NO ESPERADA
b) Complicaciones:	AUSENTES, IMPREDECIBLES, EVITABLES
c) Estancia:	ADECUADA, INSUFICIENTE, PROLONGADA (DE ACUERDO A LOS ESTANDARES)
d) Especifica indicadores de Alta:	ADECUADAS, NO EXISTEN
SUB-TOTAL "F"	SUMATORIA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL ITEM "F"
G) ATRIBUTOS DE LA HISTORIA CLINICA	
a) Pulcritud:	POSIBILIDADES: SI (ESTANDAR), si la historia clínica esta limpia ordenada, con formatos adecuados, y foliados. NO EXISTE
b) Registro de la hora de Atención:	SI, NO
c) Letra legible:	POSIBILIDADES: SI EXISTE (ESTANDAR), NO EXISTE
d) Sello y firma del médico:	POSIBILIDADES: SIEMPRE (ESTANDAR), en toda la H.C. A VECES, en partes de la H.C. NO EXISTE
SUB-TOTAL "G"	POSIBILIDADES: FIRMA Y SELLO (ESTANDAR), SOLO FIRMA NO EXISTE
TOTAL	SUMATORIA DE LOS SUBTOTALES DE LA "A" A LA "G".
IV.- INCONFORMIDADES MAYORES:	CUANDO SE INCUMPLE TOTALMENTE CON EL ESTANDAR, SE COLOCARAN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL EQUIPO AUDITOR.
V.- INCONFORMIDADES MENORES:	CUANDO SE INCUMPLE PARCIALMENTE CON EL ESTANDAR, SE COLOCAN DE ACUERDO AL CRITERIO DEL EQUIPO AUDITOR.
VI.- CONCLUSIONES:	RESUMEN DE LOS PRINCIPIALES HALLAZGOS EN COMPARACION CON LA NORMA O ESTANDAR ESTABLECIDO.
VII.- FECHA LIMITE PARA LA RECEPCION DEL PROYECTO DE MEJORA ELABORADO POR EL AUDITADO:	
VIII.- FECHA LIMITE DE APROBACION DEL PROYECTO DE MEJORA:	

* CUANDO SE ENCUENTRAN DATOS NO APLICABLES, SERAN CALIFICADOS CON EL PUNTAJE MAYOR

Handwritten signature



Handwritten signature

