

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

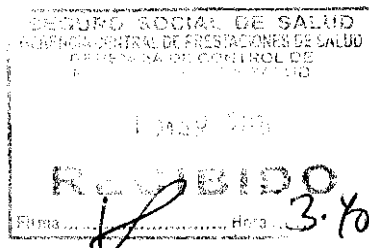
AUDITORÍA MÉDICA

DE PRESTACIONES DE SALUD
EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD





EsSalud



RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 033 GCPS- ESSALUD-2010.

Lima, 11 MAR 2010

VISTA:

La Carta N° 070 - GCP - GCPS-ESSALUD-2010, a través de la cual la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud remite para su aprobación el proyecto de Directiva "Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de Prestaciones de Salud del Seguro Social de Salud" (ESSALUD), y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

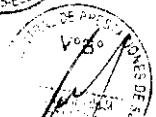
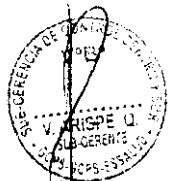
Que, con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD);

Que el literal d) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2008, establece que tiene a su cargo, conducir y controlar las prestaciones de salud en el contexto de las Redes Asistenciales, Instituto Nacional del Corazón, Centro Nacional de Salud Renal y la Gerencia de Oferta Flexible y acorde a las normas técnicas establecidas;

Que el literal d) y e) del artículo 40° del Reglamento de Organización y Funciones señalado en el párrafo precedente, establecen que la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud tiene entre sus funciones conducir los lineamientos generales y las normas que regulan el Sistema de Auditoría Médica Institucional en coordinación con las áreas competentes de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, así como conducir y controlar el Sistema de Auditoría Médica Institucional;

Que, mediante Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 18-GDP-EsSalud-2006, se aprobó la "Guía para la realización de Auditorías y Otras Evaluaciones Médicas en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)";

Que, mediante Informe de Control N° 035-2008-2-0251 se recomendó que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud evalúe la pertinencia de realizar actualizaciones a la "Guía para la realización de Auditorías y otras Evaluaciones Médicas en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)"; permitiendo de este modo mayor participación de los Comités de Auditoría Médica en las "Evaluaciones de Validez de las Prestaciones Asistenciales – Evaluaciones Cruzadas", en coordinación con las Jefaturas Médicas;





RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 033 GCPS- ESSALUD-2010.

Que, en dicho contexto, resulta necesario actualizar la normativa de Auditoría Médica de acuerdo a los objetivos de la reforma de ESSALUD, a efectos de garantizar la conducción y control de las prestaciones de salud, acorde a la normativa que rige las labores asistenciales, así como contribuir a la mejora permanente de la calidad técnica de las prestaciones asistenciales de ESSALUD;

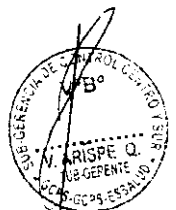
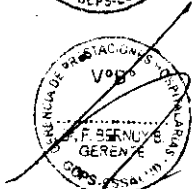
Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida;

SE RESUELVE:

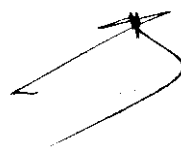
1. **APROBAR** la Directiva N° 003 -GCPS-ESSALUD-2010, "Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de Prestaciones de Salud en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", que forma parte de la presente Resolución.
2. **ENCARGAR** a la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud, la asistencia técnica y la difusión de lo dispuesto en la Directiva aprobada por la presente Resolución, en las Redes Asistenciales, Centros e Institutos Especializados de ESSALUD a nivel nacional.
3. **DEJAR SIN EFECTO** la "Guía para la realización de Auditorías y Otras Evaluaciones Médicas en el Seguro Social de Salud (ESSALUD)", aprobada por Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 18-GDP-ESSALUD-2006, y todo aquello que se oponga a lo dispuesto en la presente Resolución.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

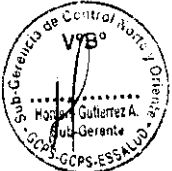
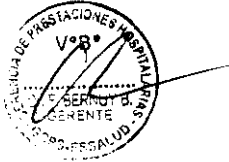

.....
Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD



ORIG.
400-10



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA MÉDICA DE PRESTACIONES DE SALUD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)



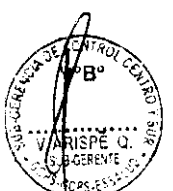
GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA MÉDICA DE PRESTACIONES DE SALUD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

INDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. OBJETIVO..... | 3 |
| 2. FINALIDAD..... | 3 |
| 3. BASE LEGAL..... | 3 |
| 4. ALCANCE..... | 4 |
| 5. RESPONSABILIDADES..... | 4 |
| 6. CONCEPTOS DE REFERENCIA..... | 4 |
| 7. DISPOSICIONES y PROCEDIMIENTOS GENERALES..... | 6 |
| 7.1 Disposiciones Generales..... | 6 |
| 7.1.1 Organización de la Auditoría Médica en las Redes Asistenciales..... | 6 |
| 7.1.2 Del Comité de Auditoría Médica..... | 6 |
| 7.1.3 Del Médico Auditor..... | 8 |
| 7.1.4 Control de la Auditoría Médica..... | 8 |
| 7.1.5 Tipos de Auditoría Médica..... | 9 |
| 8. DISPOSICIONES y PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS..... | 10 |
| 8.1 Etapas del Proceso de Auditoría Médica..... | 10 |
| 8.2 Auditoría de Calidad de Registro..... | 11 |
| 8.3 Auditoría de Caso..... | 12 |
| 8.4 Evaluación de Riesgos Asistenciales..... | 15 |
| 9. ANEXOS..... | 16 |

Anexo 01: Procedimiento de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud
 Anexo 02: Diagrama de Flujo 01 Auditoría de Calidad de Registro / Evaluación de Riesgos Asistenciales: Etapa de Planificación.
 Anexo 03: Diagrama de Flujo 02 Auditoría de Calidad de Registro / Evaluación de Riesgos Asistenciales: Etapa de Ejecución.
 Anexo 04: Diagrama de Flujo 03 Auditoría de Calidad de Registro / Evaluación de Riesgos Asistenciales: Etapa de Retroalimentación y Seguimiento.
 Anexo 05: Diagrama de Flujo 04 Auditoría de Caso: Etapa de Planificación, Ejecución, Retroalimentación y Seguimiento.
 Anexo 06: Formato de Auditoría de Calidad de Registro de la Consulta Ambulatoria.
 Anexo 07: Formato de Auditoría de Calidad de Registro de la atención médica en Emergencia.
 Anexo 08: Formato de Auditoría de Calidad de Registro de la atención médica en Hospitalización.
 Anexo 09: Formato de Auditoría de Calidad de Registro de la atención médica en Centro Quirúrgico.
 Anexo 10: Modelo de Informe de Auditoría de Calidad de Registro.
 Anexo 11: Modelo de Informe de Auditoría de Caso.
 Anexo 12: Modelo de Informe de Evaluación de Riesgos Asistenciales.
 Anexo 13: Ejemplo de Informe de Evaluación de Riesgos Asistenciales.



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA MÉDICA DE PRESTACIONES DE SALUD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD (ESSALUD)

1. OBJETIVO

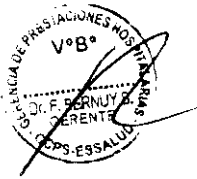
Establecer las normas y los procedimientos para la realización de Auditoría Médica, como instrumento técnico para la evaluación y análisis de las prestaciones asistenciales y educación continua en servicio.

2. FINALIDAD

Contribuir a la mejora permanente de la calidad técnica de las prestaciones asistenciales de ESSALUD.

3. BASE LEGAL

- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD); y su Reglamento, aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99-TR y modificado por los Decretos Supremos N° 002-2004-TR y N° 025-2007-TR.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Decreto Legislativo N° 559 del 29 de marzo de 1990, que aprueba la Ley de Trabajo Médico y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 024-2001-SA del 21 de julio de 2001.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA que aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 123- MINSA/DGSP- V 0.1 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución del Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú N° 5295-CN-CMP-2007, que aprobó el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 226-PE-ESSALUD-2005, que aprueba la Directiva N° 002- PE-ESSALUD-2005, "Organización del Sistema de Gestión de la Calidad de las Prestaciones en el Seguro Social de Salud – ESSALUD".



- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 391-PE-ESSALUD-2006, que dispone los “Lineamientos de Política y Plan de Actividades de Mejora de la calidad de las Prestaciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD”.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2008, que aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 191-PE-ESSALUD-2009, que aprueba los “Lineamientos y Parámetros para el Diseño Orgánico del ámbito asistencial en los Centros Asistenciales de ESSALUD”.
- Resolución de Gerencia General N° 436-GG-IPSS-97, que aprueba la Directiva N° 007-GG-IPSS-97 “Uso, Manejo, Conservación y Depuración de Historias Clínicas en los Centros Asistenciales de la Seguridad Social”.
- Resolución de Gerencia General N° 275-GG-ESSALUD-2001, que aprueba la Directiva N° 012-GG-ESSALUD-2001, “Normas Generales de Bioseguridad en ESSALUD”.
- Resolución de Gerencia General N° 139-GG-ESSALUD-2006, que aprueba la “Normativa de Uso del Petitorio Farmacológico de EsSalud”
- Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-ESSALUD-2007, que aprueba la Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2007, “Norma Marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos, y de Gestión en ESSALUD”.
- Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 190-GDP-ESSALUD-2004, que aprueba la “Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica Basada en Evidencias”.



4. ALCANCE

La presente norma es de aplicación en las Redes Asistenciales, Institutos y Centros Especializados del Seguro Social de Salud – Essalud, incluyendo la Gerencia de Oferta Flexible y otras modalidades de atención de salud.



5. RESPONSABILIDADES

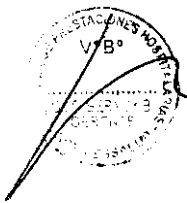
Son responsables del cumplimiento de la presente norma:

- El Gerente de Control de Prestaciones de Salud
- Los Gerentes y Directores de las Redes Asistenciales, Institutos, Centros Especializados y Centros Asistenciales.
- El Gerente de Oferta Flexible y otras modalidades de atención de salud.
- Los Jefes de la Oficina de Calidad de las Prestaciones Asistenciales y de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Los Jefes de las Unidades Orgánicas y Comités Funcionales de Gestión de Calidad y/o Auditoría Médica y Control.
- Los Jefes de Departamento y de Servicios de los Centros Asistenciales.



6. CONCEPTOS DE REFERENCIA

6.1 **Acto Médico.**- Conjunto de acciones o disposiciones que realiza el médico para prevenir, diagnosticar, curar o rehabilitar, en el ejercicio de la profesión médica y en el cumplimiento de sus deberes y funciones. Se entienden como tales, los actos orientados a la prevención, diagnóstico, recuperación y rehabilitación que realiza el médico, en la atención integral del paciente así como los que derivan directamente de éstos, como la Auditoría Médica, que se considera parte del acto médico (Reglamento de la Ley del Trabajo Médico, CMP, 2001; Código de Ética y Deontología, CMP, 2007).



6.2 **Auditoría de la Calidad del Registro en la Historia Clínica.**- Es la verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales que debe contener la Historia Clínica, en relación a un determinado servicio asistencial (Norma Técnica de Auditoría para la Calidad de la Atención en Salud, MINSA, 2005).

6.3 **Auditoría Médica.**- Es la evaluación crítica y sistemática de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y los resultados de los mismos que repercutan en el desenlace clínico y en la calidad de vida del paciente (Crombie et al. 1997); está basado en el análisis de la Historia Clínica y es realizada por el médico para determinar la adecuación, correspondencia y pertinencia con los criterios normativos, científicos, y éticos preestablecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad técnica de la atención brindada al usuario, a través de una correcta y oportuna evaluación del acto médico, la retroalimentación y educación permanente (Norma Técnica de Auditoría para la Calidad de la Atención en Salud, MINSA, 2005).

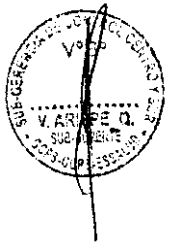
6.4 **Auditoría de Caso.**- Es un tipo de Auditoría Médica que evalúa la calidad de la atención en mérito a un evento adverso, basada en la verificación del cumplimiento de documentos normativos asistenciales y administrativos, haciendo énfasis en la efectividad de la prestación brindada. Una auditoría de caso también se realiza en mérito a un reclamo, queja o denuncia presentada por pacientes, familiares o autoridades institucionales. El producto de esta evaluación se presenta en el Informe de Auditoría de Caso.

6.5 **No Conformidad.**- "el no cumplimiento de un requisito" (Normas ISO 9000:2000).

6.6 **Criterios para Auditoría.**- Es el conjunto de políticas, procedimientos, normas, requisitos del sistema de gestión, evidencias científicas o códigos de conducta evaluados y analizados, durante el proceso de auditoría médica, que sirven para contrastar la atención de salud.

6.7 **Evaluación de Riesgos Asistenciales.**- Es la evaluación de las condiciones o circunstancias que pueden contribuir a incrementar el riesgo de la prestación asistencial o la posibilidad de su ocurrencia; con miras a evitarlas o disminuir su impacto.

6.8 **Fuentes para Auditoría.**- Son documentos que registran la atención de salud del usuario, siendo la fuente por excelencia la Historia Clínica en la que se incluyen los informes de interconsultas, procedimientos, exámenes auxiliares y



otros registros relativos a la atención brindada al usuario. Constituyen el sustento del Informe de Auditoría. Los informes médicos, así como los exámenes auxiliares, sus respectivos informes y otros registros relativos a la atención de salud se constituyen también en fuentes para una Auditoría (Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud, MINSAL, 2007).

6.9 *Guías de Práctica Clínica.*- Es un documento técnico de gestión; describe el conjunto de instrucciones, directrices, afirmaciones o recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática para ayudar a orientar a médicos y a pacientes a tomar las mejores decisiones, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o unas condiciones clínicas específicas (Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines: directions for a new program. Field MJ, Lohr KN. editors. Washington DC: National Academy Press, 1990 citado en "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico", MSC, España, 2007); en ella se describe las actividades principales en base a resultados demostrables de conocimientos científicos, éticos y biotecnológicos; cumplen los requerimientos establecidos en el marco normativo vigente.

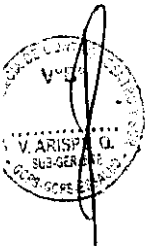
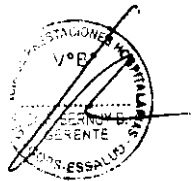
6.10 *Historia Clínica.*- Es un documento de registro único y válido desde el punto de vista clínico y legal. Archiva datos clínicos relacionados a la situación de un paciente, las intervenciones practicadas, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. Se presenta como narración o exposición de hechos e incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones, consentimiento informado entre otros; que se registran en el tiempo de forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, documentando fundamentalmente la relación médico-paciente. [S] Expediente Clínico.

6.11 *Informe de Auditoría de Caso Válido.*- Es aquel Informe elaborado por el Comité de Auditoría Médica que cumple los requisitos establecidos en el numeral 8.3.5.

6.12 *Informe de Auditoría de la Calidad de Registro en la Historia Clínica e Informe de Evaluación de Riesgos Asistenciales Válidos.*- Son aquellos informes que cumplen la estructura y contenidos señalados en los modelos de informes anexados a la presente Directiva.

6.13 *Protocolo.*- Es la secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud y surgen del consenso técnico y científico, teniendo en cuenta los recursos del centro asistencial o servicio de salud en el cual se va a aplicar.

6.14 *Plan Anual de Auditoría.*- Es un documento elaborado por el Comité de Auditoría, que detalla las actividades de Auditoría que el Comité realizará durante el año (Documento Técnico Plan de Implementación de la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud).



7. DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS GENERALES

7.1 DISPOSICIONES GENERALES

7.1.1 ORGANIZACIÓN DE LA AUDITORIA MÉDICA EN LAS REDES ASISTENCIALES

Las actividades de auditoría se organizan a través de la conformación del Comité de Auditoría Médica en Centros Asistenciales el cual deberá ser propuesto por la Gerencia de la Red o Dirección del CAS cuando corresponda. Asimismo, se conformará un Comité de Auditoría Médica en el Instituto Nacional del Corazón (INCOR), Centro Nacional de Salud Renal (CNSR) y Gerencia de Oferta Flexible (GOF). Una vez conformado el(los) Comité(s), el Gerente/Director de la Red Asistencial, el Gerente del INCOR, CNSR y GOF lo formaliza mediante acto resolutivo, cuya copia deberá remitirse oportunamente a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

El Comité de Auditoría Médica del Hospital Base de las Redes Asistenciales, asume la labor de Comité de Auditoría Médica de la Red, cuando la complejidad del caso lo amerite; asimismo asume dicha labor en aquellos CAS de su Red que no cuentan con Comité de Auditoría Médica.

El Gerente/Director de la Red Asistencial dispondrá la No conformación del Comité de Auditoría en aquellos CAS, de la Red a su cargo, cuya oferta asistencial sea insuficiente o no cuente con el recurso humano disponible para la atención de la demanda. Esta disposición será comunicada oportunamente a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, quedando establecido que la aplicación de la presente norma no generará requerimiento de profesional médico adicional.

7.1.2 DEL COMITÉ DE AUDITORIA MÉDICA

7.1.2.1 La Auditoría Médica es realizada por médicos y no podrán formar parte del mismo quienes hayan participado directa o indirectamente en la atención de salud que se auditará.

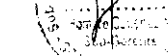
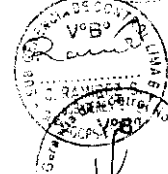
7.1.2.2 El Gerente/Director de la Red Asistencial, INCOR, CNSR y GOF, designará mediante acto resolutivo por el período de un año, a los miembros del Comité de Auditoría Médica.

7.1.2.3 El Comité de Auditoría Médica contará con 3 Miembros: un Presidente, responsable principal; una Secretaria, responsable del archivo de informes y papeles de trabajo; y, un Vocal.

7.1.2.4 Los Comités de Auditoría Médica podrán contar hasta con 5 Miembros en los CAS del III nivel de atención, si cuentan con recurso humano suficiente y previa aprobación de la Gerencia de Control de Prestaciones.

7.1.2.5 Los integrantes del Comité de Auditoría Médica deben actuar con independencia de criterio y objetividad en el desempeño de sus labores.

7.1.2.6 El Gerente de Red o Director del CAS, cuando corresponda, brindará las facilidades logísticas (computadora, impresora, útiles de escritorio, etc.) así como horas destinadas a esta actividad.



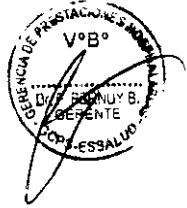
7.1.2.7 Las actividades del Comité de Auditoría Médica se efectúan dentro de las horas ordinarias de programación asistencial, las cuáles serán de seis (06) horas semanales y obedecen al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría.

7.1.2.8 El perfil del médico, integrante del Comité de Auditoría Médica, será el siguiente:

- Médico Cirujano con mínimo tres años de experiencia en el ejercicio profesional, de preferencia con especialidad y habilitado por el Colegio Médico del Perú.
- No tener antecedentes de deméritos en la carrera pública por actos relacionados a las prestaciones asistenciales ni antecedentes penales y/o judiciales.
- Haber realizado cursos de capacitación con un mínimo de 60 horas en Auditoría Médica.
- De preferencia tener experiencia en labores de Auditoría Médica.
- Acreditar buena salud física y mental.



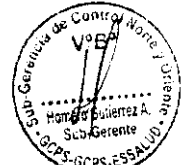
7.1.2.9 El Plan Anual de Auditoría, debe ser elaborado por el Comité de Auditoría Médica y de acuerdo al nivel y complejidad del Centro Asistencial, incluirá los tres tipos de auditoría descritas en la presente Directiva. El Gerente/Director de la Red Asistencial aprueba el Plan Anual de Auditoría de todos los comités conformados en la Red a su cargo y lo remite a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, dentro de los primeros 20 días del mes de Diciembre del año anterior.



7.1.2.10 El Comité de Auditoría informa trimestralmente al Director del Centro Asistencial cuando corresponda, el avance del Plan Anual de Auditoría, quien luego de la evaluación correspondiente, remite al Gerente/Director de la Red, los resultados del mismo para garantizar su cumplimiento.

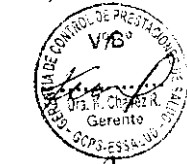


7.1.2.11 Respecto a la elaboración de los Informes de Auditoría Médica, éstos deben estar suscritos por cada integrante del Comité y luego ser elevados a la Dirección del Centro Asistencial. Los criterios de evaluación de los informes serán sustentados con documentos cuyas copias se adjuntarán como anexos. Los informes de auditoría médica deben ceñirse a los formatos y modelos establecidos en la presente Directiva.



7.1.2.12 Los Miembros del Comité de Auditoría Médica serán evaluados anualmente por el Gerente/Director de la Red Asistencial; y, tanto el proceso como el resultado de esta evaluación esta sujeta a control por parte de la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud. Los criterios con los que se efectuará esta evaluación son:

- Porcentaje de cumplimiento de metas del Plan Anual de Auditoría, de por lo menos el 80% de lo planificado.
- Tiempo de demora al entregar informes de auditoría de caso; no debe ser mayor a los plazos establecidos según los tipos de auditoría.
- Porcentaje de Informes de Auditoría Médica (Auditoría de Caso) devueltos para su mejora, que debe ser menor al 20% del total de informes emitidos.

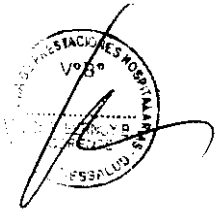


El Gerente/Director de Red debe informar anualmente sobre los resultados de este proceso a la Gerencia de Control de Prestaciones de Salud, sustentando este resultado con las evidencias correspondientes.

Los resultados de la evaluación a los Miembros del Comité permitirá sustentar la renovación de sus integrantes para el año siguiente.

7.1.3 DEL MÉDICO AUDITOR

- El Médico Auditor debe contemplar el principio de confidencialidad en el manejo de la historia clínica y su respectiva evaluación.
- El Médico Auditor no podrá llevar fuera del CAS las historias clínicas originales o guardarlas en ambientes diferentes al archivo del CAS.
- El Médico Auditor debe ceñirse a los plazos establecidos para el proceso de auditoría. En aquellos casos de excepción en los que se amerite ampliación del plazo, éste deberá ser solicitado por escrito.



7.1.4 DEL CONTROL DEL PROCESO DE AUDITORIA MÉDICA

- La Gerencia de Control de Prestaciones de Salud supervisa y evalúa la Gestión de las Redes Asistenciales, INCOR, CNSR y GOF respecto a los resultados obtenidos en las actividades de auditoría médica a través de los siguientes indicadores:



| Indicador | Definición Operacional | Fórmula | Estándar | Fuente de Verificación |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|
| Porcentaje de Historias Clínicas aceptables en Calidad de registro | Proporción de Historias Clínicas evaluadas por el Comité de Auditoría que alcanzaron puntaje aceptable, de acuerdo al resultado de auditoría de Calidad de registro. Evaluación semestral | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de HCL con puntaje aceptable} \times 100}{\text{Total de HCL auditadas en el periodo}}$ | >80% | Informe semestral de la Red |
| Porcentaje de Informes de Auditoría Médica válidos | Proporción de Informes de Auditoría Médica que han cumplido con los criterios establecidos. Evaluación semestral | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes de Auditoría válidos} \times 100}{\text{Total de Informes de Auditoría presentados para el periodo}}$ | >80% | Informe Consolidado de la Red |
| Porcentaje de Recomendaciones Implementadas en la Red | Proporción de recomendaciones implementadas respecto al total de recomendaciones formuladas por los Comités de Auditoría Médica. Evaluación semestral | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de recomendaciones implementadas} \times 100}{\text{Total de recomendaciones formuladas para el periodo}}$ | >70% | Informe Consolidado de la Red |

- La Gerencia de Control evalúa y monitoriza periódicamente los resultados de las actividades de auditoría.

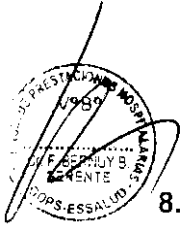
- La Red Asistencial supervisa, evalúa y realiza el seguimiento a las recomendaciones del Comité de Auditoría Médica de los Centros Asistenciales de su ámbito jurisdiccional.



- Los Directores de los Centros Asistenciales efectúan el seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones señaladas por el Comité de Auditoría Médica.
- Los Jefes de Servicio y Departamento, realizan reuniones mensuales de gestión para analizar las conclusiones de las auditorías médicas efectuadas e implementan las recomendaciones de mejora, señaladas en los informes correspondientes.

7.1.5 TIPOS DE AUDITORIA MÉDICA

- Auditoría de Calidad de Registro
- Auditoría de Caso
- Evaluación de Riesgos Asistenciales



8. DISPOSICIONES Y PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS

8.1 ETAPAS DEL PROCESO DE AUDITORIA MÉDICA

8.1.1 Planeamiento

Las actividades de auditoría médica se detallan en el Plan Anual del Comité de Auditoría, de las cuales el 90% corresponderá al desarrollo de los tres tipos de auditoría. El 10% restante será destinado a Auditorías de Caso no previstas en el Plan Anual de Auditoría y solicitadas por la autoridad competente.

La etapa de planeamiento se basa en:

- Obtener información sobre auditorías anteriores.
- Obtener información sobre los procesos de atención del establecimiento de salud.
- Capacitar y /o entrenar al equipo.
- Solicitar las fuentes de auditoría en el Centro Asistencial.
- Identificación de criterios (marco legal, ético y evidencia científica)
- Elaboración del Diagrama de Gantt

8.1.2 Ejecución:

La etapa de ejecución se basa en:

- Auditar, de acuerdo al plan y registrar la información obtenida.
- Verificar la información
- Analizar en equipo la evidencia disponible.
- Elaborar y entregar el informe al Director del Centro Asistencial o Gerente de la Red, cuando corresponda.

8.1.3 Seguimiento y Retroalimentación:

El Comité de Auditoría efectuará el seguimiento a la implementación de las recomendaciones que emita, a través de los informes que deben elaborar los Jefes de Servicio y/o Departamento auditados.

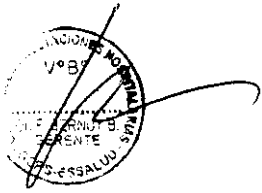
La retroalimentación es parte del proceso de Educación Médica Continua, la cual está implícita en el cumplimiento de las recomendaciones. Esta etapa es



de responsabilidad del Director del CAS y/o del Gerente/Director de la Red Asistencial, quien es el responsable de remitir los informes del Comité a los Jefes de Servicio y Departamento auditados.

8.2 AUDITORÍA DE CALIDAD DE REGISTRO

8.2.1 Evalúa las atenciones realizadas en los servicios de consulta externa, hospitalización, emergencia y centro quirúrgico, a través de la evaluación de la Historia Clínica, aplicando los formatos de auditoría elaborados para este fin.



8.2.2 Esta auditoría debe considerar 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.

8.2.3 El Informe de esta auditoría debe tener la siguiente estructura:

- Objetivos
- Origen y alcance de la auditoría
- No Conformidades, señalando las causas que las originaron.
- Conclusiones.
- Recomendaciones.

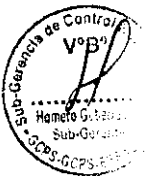
8.2.4 Para determinar el número de historias clínicas a auditar en cada Centro Asistencial de manera semestral, se procederá de la siguiente manera:

- En los Centros de Segundo y Tercer nivel de atención, INCOR y CNSR, se determinará la muestra a auditar por cada Departamento, tomando como marco muestral el total de consultantes a dicho Departamento que asistieron en el semestre correspondiente al año anterior. La muestra será distribuida por afijación proporcional a nivel de Servicios Médico/Quirúrgicos
- En los Centros Asistenciales de Primer nivel de atención, el marco muestral estará representado por todos los consultantes que acudieron al Servicio Médico Quirúrgico, en el semestre correspondiente al año anterior.
- En el caso de la Gerencia de Oferta Flexible, el marco muestral estará representado por todos los consultantes de atención domiciliaria y especializada del semestre correspondiente al año anterior.

Luego de aplicada la fórmula se obtendrá el número de historias clínicas para auditar al inicio del semestre correspondiente.

Para el cálculo de la muestra, se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pq N}{e^2 (N-1) + z^2 pq}$$



Donde:

| | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| n | Es el tamaño de la muestra que ha de ser calculado mediante fórmula. | Corresponde al número de historias clínicas que se auditarán por cada semestre. |
| p | Es la estimación de la frecuencia relativa. Es una proporción | Corresponde a la frecuencia de historias clínicas por mejorar en el proceso de auditoría. En la primera estimación de la muestra se utilizará un p equivalente a 50% (o $p = 0,5$), las siguientes estimaciones p representará la frecuencia histórica hallada con anterioridad. |
| q | Es el complemento de la frecuencia relativa (1-p). Es una proporción | Corresponde a la frecuencia de las historias clínicas halladas como aceptables en el proceso de auditoría. En la primera estimación de la muestra se utilizará un q equivalente a 50% (o $q = 0,5$), las siguientes estimaciones q representará la frecuencia histórica hallada con anterioridad. |
| e | Es el error absoluto. | Corresponde al máximo error aceptado para el estudio (0.05). |
| N | Es el tamaño de la población en estudio. (Marco muestral). | Corresponde al total de consultantes en el Departamento/Servicio, durante el mismo semestre del año anterior. |
| Z | Constante obtenida de la distribución normal estándar en función de la seguridad (1-?) elegida para el estudio. | Para una seguridad de 95%, se tiene que $z = 1.96$. |

Al finalizar el proceso de Auditoría de Calidad de Registro, el Comité elevará su informe al Director del Centro Asistencial, cuando corresponda, quién previa evaluación lo elevará al Director/ Gerente de Red, para la implementación de las Recomendaciones.

8.3 AUDITORIA DE CASO.

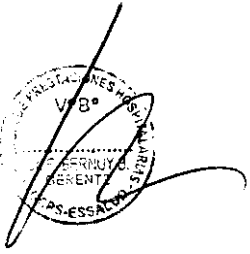
8.3.1 El Comité de Auditoría Médica efectuará auditorias de Caso dentro del Plan Anual, considerando para ello cualquiera de las siguientes situaciones clínicas y/o eventos adversos:

- Fallecidos con problema diagnóstico o sin diagnóstico definitivo.
- Reoperados dentro de los siete días a excepción de las curas quirúrgicas.
- Infecciones intrahospitalarias.
- Reingresos.
- Complicaciones pre-anestésicas, anestésicas y post-anestésicas
- Complicaciones pre-quirúrgicas, quirúrgicas y post-quirúrgico

8.3.2 Procedimientos para realizar la Auditoría de Caso:

- a) Inmovilización de la Historia Clínica.- El Director del Centro Asistencial dispondrá, de manera inmediata, las medidas de seguridad pertinentes para el buen recaudo de la historia clínica, de modo que se garantice la no modificación del registro de la misma con posterioridad a la atención brindada.
- b) El Comité de Auditoría Médica, tendrá acceso a la Historia Clínica, a

- c) La copia de la Historia Clínica y demás documentos relacionados a la atención del paciente para su evaluación, serán solicitadas de manera formal al Director del Centro Asistencial que brindó la atención de salud, quien en el plazo máximo de 48 horas, proporcionará una copia foliada y fedateada de todos los documentos solicitados.
- d) El Comité de Auditoría Médica, podrá tener acceso al original de la Historia Clínica en el momento que lo requiera y las veces que sean necesarias.
- e) La Historia Clínica original debe ser devuelta por el Comité de Auditoría Médica, en un plazo no mayor de 72 horas de proporcionada, o antes si el paciente la requiere para su atención.

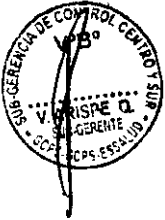


8.3.3. El Comité recopilará y analizará los documentos relacionados con la atención del paciente: guías de práctica clínica, protocolos, libros de registros de atenciones médicas, libros de sala de operaciones, etc. Así mismo, el Comité solicitará los informes pertinentes al personal que participó en la atención, para lo cual otorgará un plazo prudencial de acuerdo a las circunstancias, sin que esto retrase el desarrollo de la auditoría planificada ni la emisión del Informe de Auditoría de Caso correspondiente.



8.3.4 El Comité podrá solicitar la participación de Expertos Técnicos o Especialistas en la materia motivo de la Auditoría, los cuales emitirán opinión técnica verbal y por escrito en un plazo acordado por ambas partes. El profesional convocado deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Profesional con título universitario, colegiado, con registro de especialista, si fuera el caso, habilitado para el ejercicio profesional por su colegio correspondiente.
- Experiencia profesional como especialista, si fuera el caso, de por lo menos 2 años para el I Nivel de Atención, de 4 años para el II Nivel de Atención y 6 años para el III Nivel de Atención.
- No haber recibido sanción en aspectos ético-deontológico.
- No estar involucrado en el proceso de atención de salud auditado.



8.3.5 Requisitos del Informe de Auditoría de Caso

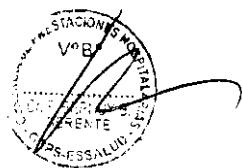
- a) Cumple la Directiva que aprueba las Normas y Procedimientos para la Auditoría Médica de Prestaciones de Salud en EsSalud.
- b) Está orientado a la mejora continua de los procesos y no a acciones de carácter punitivo.
- c) Cada No Conformidad consta de cinco partes (sumilla, condición, criterio, causa y efecto) y se correlaciona con la respectiva Conclusión. Cada Conclusión deriva en una o más Recomendaciones de mejora, las cuales constan de tres partes: el cargo de la autoridad a la que va dirigida, acciones a seguir y el plazo para el cumplimiento de la misma.
- d) El Informe será redactado en forma objetiva, ordenada y de acuerdo al modelo establecido en la presente Directiva.
- e) El Informe debe contemplar todos los aspectos pertinentes del caso
- f) El Informe contempla el uso de todos los criterios necesarios para la Auditoría.



Se considera que un Informe de Auditoría de Caso es válido cuando cumple con todos los requisitos establecidos anteriormente, debiendo contar con la aprobación del Director del Centro Asistencial y Gerencia de la Red donde se brindó la atención.

8.3.6 El informe de Auditoría de Caso tendrá la siguiente estructura:

- Documentación recibida y analizada
- Normatividad revisada y analizada
- Relato de los hechos
- Análisis de los hechos, señalando las causas de las No Conformidades.
- Conclusiones
- Recomendaciones.

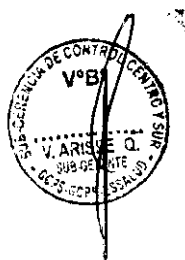


8.3.7 La Evaluación del Informe de Auditoría de Caso elaborado por el Comité de Auditoría Médica, se realizará aplicando los requisitos establecidos en el ítem 8.3.5; el no cumplimiento de uno o más de éstos implica la devolución del Informe por escrito señalando el ó los requisitos (s) no cumplidos, para su corrección.

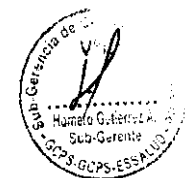


8.3.8 En caso de informes solicitados por la autoridad competente, el plazo máximo de entrega es de treinta días (30) días útiles. La Gerencia Central de Prestaciones de Salud podrá solicitar el Informe de Auditoría de Caso antes de dicho plazo, en razón a la prioridad del mismo.

8.3.9 Cuando la autoridad competente (Gerencia de Control de Prestaciones, Gerencia de Red, Director del CAS) devuelve el Informe al Comité de Auditoría Médica, el plazo máximo de entrega del documento subsanado será de siete (7) días útiles.



8.3.10 Los Informes de los Especialistas convocados por el Comité de Auditoría Médica, así como los documentos de trabajo respecto de las Auditorías de Caso y el Informe del mismo, se consideran información confidencial de la entidad, en tanto la autoridad decida hacer pública las recomendaciones u opiniones emitidas al finalizar el proceso.



8.4 EVALUACIÓN DE RIESGOS ASISTENCIALES

8.4.1 Tipo de auditoría que está dirigido a identificar los aspectos vulnerables que podrían determinar la ocurrencia de eventos adversos en la prestación de salud. Los Jefes de Servicios seleccionados participan activamente en el desarrollo del proceso y son responsables de implementar las recomendaciones establecidas por el Comité de Auditoría Médica.

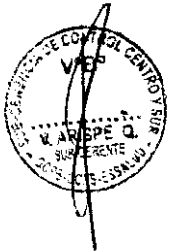
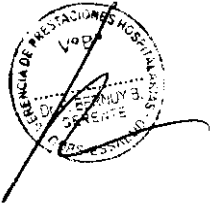


8.4.2 Se realizará en las Áreas Críticas de los Centros Asistenciales: unidades de vigilancia o unidades de cuidados intensivos, centro quirúrgico, centro obstétrico, servicio de emergencia, Hemodiálisis y otros que cumplan dicha condición de acuerdo a la normatividad vigente.

8.4.3 El Director del Centro Asistencial seleccionará dos Servicios para realizar como mínimo dos evaluaciones por año en cada uno de ellos.

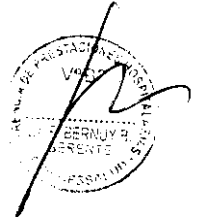


- 8.4.4 Son fuentes para auditoría de este proceso: reportes gerenciales, historias clínicas, libros de registros de atenciones médicas, registros estadísticos oficiales, etc.
- 8.4.5 Se considera como criterios para el desarrollo de este proceso: guías de práctica clínica, los manuales de buenas prácticas de la atención, las normas de bioseguridad, los estándares de epidemiología, etc.
- 8.4.6 La metodología para el desarrollo de este proceso, comprende la evaluación de las historias clínicas y/o entrevistas con el personal del servicio y/o auditoría concurrente del acto médico. La metodología de análisis incide en la evaluación de la estructura, procesos y resultados de los servicios de salud.
- 8.4.7 La información recopilada se organizará sistemáticamente en documentos de trabajo que serán anexados al informe respectivo.





ANEXOS



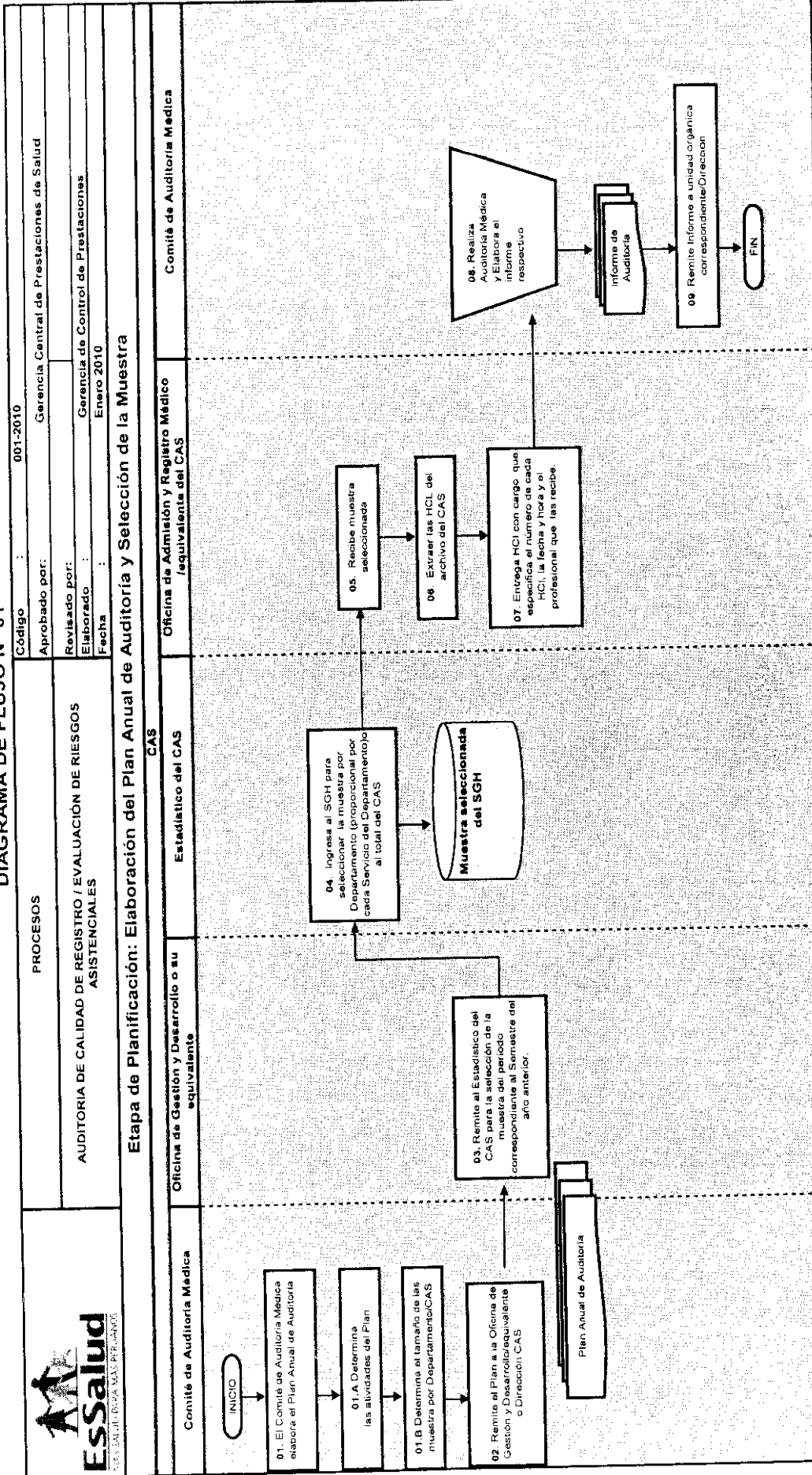
ANEXO 01

| Gerencia Central de Prestaciones | | PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA MÉDICA DE PRESTACIONES DE SALUD | Versión .01 |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| No. de Actividad | Descripción de Actividades | | Responsable |
| 1 | Conformación de Comités de Auditoría en los CAS | | Director del CAS |
| 2 | Reconocimiento formal del/los Comités de Auditoría Médica en los CAS. | | Gerente /Director Red Asistencial |
| 3 | Programación de las actividades del Comité de Auditoría en el SGH | | Jefe del Servicio |
| 4 | Elaboración del Plan Anual de Auditoría | | Comité de Auditoría Médica |
| 5 | Ejecución del Plan Anual de Auditoría | | Comité de Auditoría Médica |
| 6 | Retroalimentación a los Servicios/Departamentos/Profesionales de salud | | Comité de Auditoría Médica |
| 7 | Seguimiento de la Implementación de las recomendaciones del Informe de Auditoría | | Director del CAS |
| 8 | Supervisión del Proceso de Auditoría Médica/Cumplimiento del Plan Anual | | Director del CAS/Gerente de la Red Asistencial/Gerencia de Control de Prestaciones de Salud |
| 9 | Evaluación de los informes de Auditoría | | Director del CAS/Gerente de la Red Asistencial/Gerencia de Control de Prestaciones de Salud |
| 10 | Evaluación del Proceso de Auditoría Médica por Redes | | Gerencia de Control de Prestaciones de Salud |

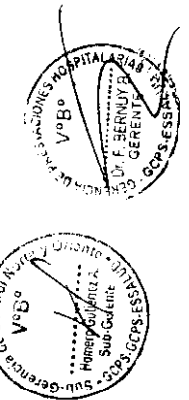


ANEXO 02

DIAGRAMA DE FLUJO N° 01



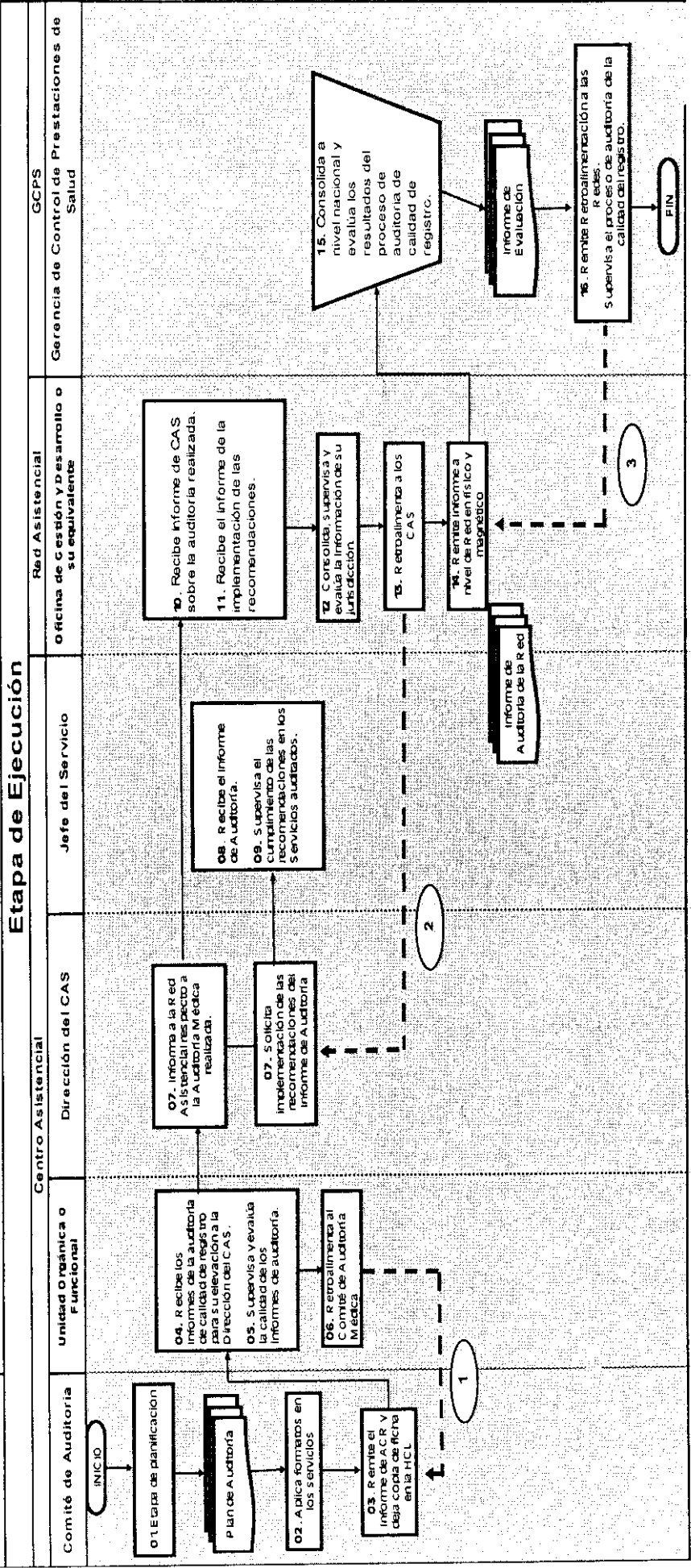
Nota: GCP (Gerencia de Gestión de Prestaciones de Salud)



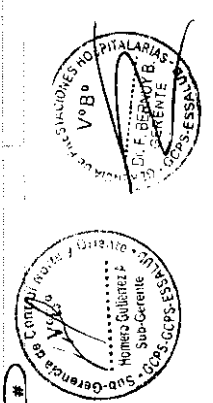
ANEXO 03

DIAGRAMA DE FLUJO N° 02

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PROCESO</p> <p>Código : 002-2010</p> | | <p>Gerencia Central de Prestaciones de Salud</p> <p>Gerencia Central de Prestaciones de Salud</p> <p>Gerencia de Control de Prestaciones</p> |
| <p>AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO / EVALUACION DE RIESGOS ASISTENCIALES</p> | | <p>Gerencia Central de Prestaciones de Salud</p> <p>Gerencia Central de Prestaciones de Salud</p> <p>Gerencia de Control de Prestaciones</p> |
| <p>Elaborado por :</p> <p>Fecha : Enero 2010</p> | | <p>Gerencia Central de Prestaciones de Salud</p> <p>Gerencia Central de Prestaciones de Salud</p> <p>Gerencia de Control de Prestaciones</p> |

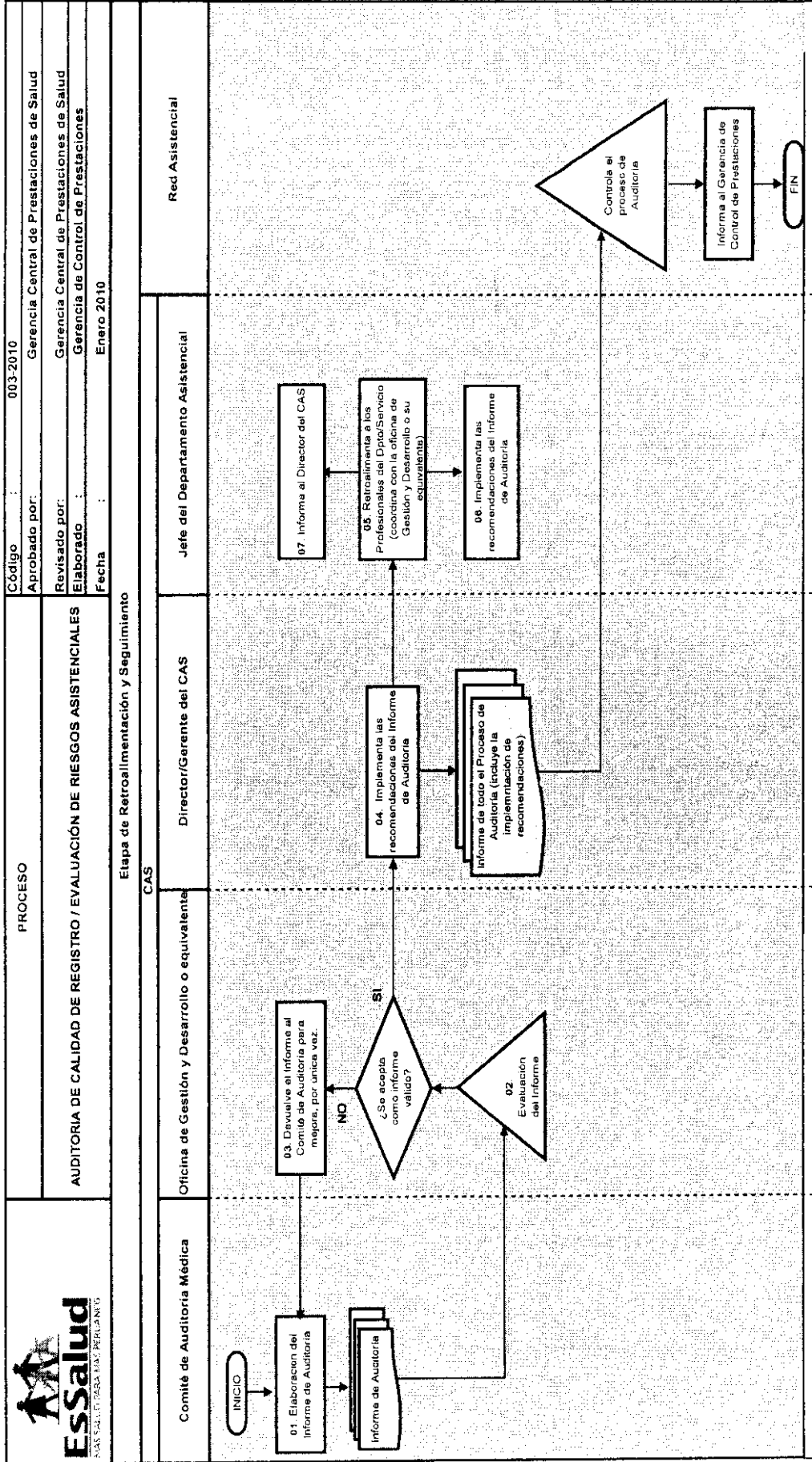


Legenda:
 Retroalimentación: #



ANEXO 04

DIAGRAMA DE FLUJO N° 03



Nota: GCP (Gerencia de Control de Prestaciones de Salud)



 Vº Bº
 Gerencia de Control de Prestaciones de Salud
 Dr. F. BERNARDI B.
 GERENTE

ANEXO 06

FORMATO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE LA CONSULTA AMBULATORIA

| | |
|-----------------------------------------|--|
| RED ASISTENCIAL | |
| CENTRO ASISTENCIAL | |
| DEPARTAMENTO | |
| SERVICIO | |
| Apellidos y Nombres del Auditor médico | |
| Fecha de auditoria | |
| Fecha de la consulta médica auditada | |
| Apellidos y Nombres del Médico tratante | |
| Apellidos y Nombres del Paciente | |
| Número de Historia Clínica | |

Consignar: "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa

| | SI | NO | NO APLICA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|
| A.- FILIACION (Consignados en la consulta inicial) | | | |
| Registro del Número de Historia Clínica | | | |
| Registro del Número de Seguro Social (Autogenerado) | | | |
| Registro del Número de Acto Médico | | | |
| Registro de Nombres y apellidos completos | | | |
| Registro del Sexo y edad | | | |
| Registro de la Fecha de nacimiento | | | |
| Registro del Lugar de nacimiento | | | |
| Registro del Grado de instrucción | | | |
| Registro el Tipo de Seguro | | | |
| Registro de la Ocupación | | | |
| Registro de la Religión | | | |
| Registro de la Raza | | | |
| Registro del Estado civil | | | |
| Registro del Número de DNI | | | |
| Registro del Domicilio actual | | | |
| Registro del Lugar de procedencia | | | |
| Registro del grupo sanguíneo y RH | | | |
| B.- ANTECEDENTES: | | | |
| FISIOLÓGICOS: gestacionales, nacimiento, desarrollo psicomotor, alimentación, sexualidad. | | | |
| INMUNOLÓGICOS: BCG, PTO, DPT, ANTISARAMPIÓN, OTRAS | | | |
| PATOLÓGICOS: Incluyendo alergias, medicamentos de uso frecuente | | | |
| FAMILIARES: Diabetes mellitus, Hipertension Arterial, cancer: Mama, Cervix, Prostata | | | |
| EPIDEMIOLOGICOS (viajes recientes, contacto con personas enfermas, consumo o contacto con elementos potencialmente tóxicos, crianza de animales domésticos). | | | |
| OCUPACIONALES: | | | |
| 1. CONSULTA MEDICA | | | |
| 1.1. Subjetivo | | | |
| Registra el motivo de la atención | | | |
| 1.2. Objetivo | | | |
| Registro del examen clínico general | | | |
| Registro de funciones vitales completas | | | |
| 1.3. Apreciación | | | |
| Registra Diagnóstico, comentarios e interpretación de Exámenes Auxiliares | | | |
| 1.4. Plan | | | |
| Registro del Plan de trabajo y Tratamiento | | | |
| 2. AYUDA DIAGNÓSTICA/PROCEDIMIENTO | | | |
| 2.1. Exámenes de Ayuda al Diagnóstico | | | |
| Registro de solicitudes de los exámenes auxiliares en la H.C. | | | |
| 2.2. Interconsultas/Procedimiento | | | |
| Registro de solicitudes de interconsultas/procedimientos | | | |
| 3. DIAGNÓSTICOS | | | |
| Consigna el/los diagnósticos presuntivos y/o definitivos con el respectivo CIE 10 | | | |
| 4. TRATAMIENTO | | | |
| Prescripción completa del /os medicamento/s (nombre, dosis, frecuencia, vía de administración, medidas higiénico-dietéticas, preventivas). | | | |
| 5. PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE | | | |
| 1. Letra legible | | | |
| 2. Orden cronológico de la Historia Clínica (según directiva de historia clinica vigente) | | | |
| 3. Uso de formatos oficiales correspondientes y no uso de abreviaturas (abreviaturas no reconocidas por la institución) | | | |
| 4. Sello de la institución y firma del médico asistente | | | |
| OBSERVACIONES | | | |
| | | | |
| | | | |

PUNTAJE TOTAL
CALIFICACIÓN

0
POR MEJORAR

FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR



ANEXO 07

FORMATO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EMERGENCIA

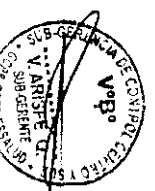
| | |
|--------------------|--|
| RED ASISTENCIAL | |
| CENTRO ASISTENCIAL | |
| DEPARTAMENTO | |
| SERVICIO | |

| | |
|---------------------------------------------|--|
| Apellidos y Nombres del Auditor médico | |
| Fecha de auditoría | |
| Fecha de la consulta de emergencia auditada | |
| Apellidos y Nombres del Médico tratante | |
| Apellidos y Nombres del Paciente | |
| Número de Historia Clínica | |

Consignar: "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa

| | SI | NO | NO APLICA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------|
| 1. ESTUDIO CLINICO | | | |
| 1.1. Registra el estado en que llega el paciente | | | |
| 1.2. Registra el motivo de consulta y la enfermedad Actual | | | |
| 1.3. Registra los antecedentes contributorios | | | |
| 1.4. Registra las funciones vitales | | | |
| 1.5. Registra examen físico completo | | | |
| 1.6. Registra Plan de Trabajo completo | | | |
| 1.7. Registra Fecha y Hora de la Atención | | | |
| 2. DIAGNÓSTICO | | | |
| 2.1. Consigna el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el /los respectivos códigos de CIE-10 (1),(0) | | | |
| 2.2. Registro de la Prioridad de Atención: I, II, III y IV (1), (0) | | | |
| 3. EVOLUCIÓN - EXAMENES COMPLEMENTARIOS | | | |
| 3.1. Registra la fecha y hora en las notas de evolución | | | |
| 3.2. Registro las notas de evolución: SOAP | | | |
| 3.3. Registra solicitud de interconsultas | | | |
| 3.4. Registra los resultados de las interconsultas | | | |
| 3.5. Registra la solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico | | | |
| 3.6. Registra los resultados de los exámenes de apoyo al diagnóstico | | | |
| 3.7. Registra la interpretación de exámenes complementarios | | | |
| 4. TRATAMIENTO | | | |
| 4.1. Registro adecuado de la prescripción de medicamentos: dosis, concentración, vía de administración, frecuencia, medidas higiénico-dietéticas, preventivas. | | | |
| 4.2. Registro del destino del paciente (a Consulta externa, Hospitalización, centro quirúrgico, alta voluntaria, citado...) y registra la condición clínica del paciente cuando se dirige a su destino. | | | |
| 5. PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE | | | |
| 5.1. Letra legible | | | |
| 5.2. Registra abreviaturas (abreviaturas no autorizadas por la Institución) | | | |
| 5.3. Registra sello de la Institución y firma del médico asistente | | | |

| | |
|---------------|-------------|
| PUNTAJE TOTAL | 0 |
| CALIFICACIÓN | POR MEJORAR |



FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR

ANEXO 08
FORMATO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCION MEDICA EN HOSPITALIZACIÓN

| | |
|--------------------|--|
| RED ASISTENCIAL | |
| CENTRO ASISTENCIAL | |
| DEPARTAMENTO | |
| SERVICIO | |

| | |
|------------------------------------------|--|
| Apellidos y Nombres del Auditor médico | |
| Fecha de auditoría | |
| Fecha del egreso hospitalario auditado | |
| Apellidos y Nombres del Jefe de Servicio | |
| Apellidos y Nombres del Paciente | |
| Número de Historia Clínica | |

| | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ESTUDIO CLINICO | | |
| 1. Registra antecedentes | | |
| 2. Registra Enfermedad Actual: Forma de Inicio, Tiempo de Enfermedad Síntomas y Signos, Relato Cronológico | | |
| 3. Registra examen clínico completo | | |
| 4. Registra funciones vitales completas | | |
| 5. Registra Plan de Trabajo | | |
| 2. DIAGNÓSTICO | | |
| 1. Consigna el/los diagnóstico/s presuntivo/s y/o el definitivo | | |
| 2. Uso apropiado del CIE-10 en los diagnósticos registrados (correspondencia entre CIE y el diagnóstico consignado) | | |
| 3. EVOLUCIÓN-EXAMENES AUXILIARES | | |
| 1. Registro de la fecha y hora en las notas de evolución | | |
| 2. Registro completo de notas de evolución: esquema SOAP | | |
| 3. Exámenes de Ayuda al Diagnóstico (solicitud y comentario de resultados) | | |
| 4. Registra firma y sello del médico asistente (no residente ni interno). | | |
| 4. TRATAMIENTO | | |
| 1. Registro adecuado de la prescripción de medicamentos: dosis, vía de administración, intervalo, concentración, medidas higiénico-dietéticas, preventivas. | | |
| 5. ALTA | | |
| 1. Registra destino del paciente al alta | | |
| 2. Formato de epicrisis completo | | |
| 6. PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE | | |
| 1. Letra legible | | |
| 2. Orden cronológico de las hojas de historia clínica (según directiva de historia clínica vigente) | | |
| 3. Registra abreviaturas en la Historia Clínica (abreviaturas no autorizadas por el Institución) | | |

| | |
|--------------|-------------|
| RESULTADO | 0 |
| CALIFICACIÓN | POR MEJORAR |



FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR



ANEXO 09

FORMATO DE AUDITORIA DE CALIDAD DE REGISTRO DE LA ATENCION MEDICA EN CENTRO QUIRURGICO

| | |
|--------------------------------------------|---------------------------|
| ESTABLECIMIENTOS NIVEL II Y III | |
| I.- DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA | |
| RED ASISTENCIAL | |
| CENTRO ASISTENCIAL | |
| DEPARTAMENTO | |
| SERVICIO | |
| Apellidos y Nombres del Auditor médico | |
| Fecha de auditoría | |
| Apellidos y Nombres del Cirujano Principal | |
| Apellidos y Nombres del Paciente | |
| Número de Historia Clínica | |
| ¿Cuenta con reporte operatorio? | SI ES NO: FIN DEL PROCESO |

Consignar: "1" si la respuesta es afirmativa o no aplica y "0" si es negativa

| II.- REGISTROS | SI | NO | NO APLICA |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------|----|-----------|
| 1. Registra la fecha de intervención | | | |
| 2. Registra el servicio al que pertenece el paciente | | | |
| 3. Registra nombre, apellidos, edad y sexo del paciente (completo) | | | |
| 4. Registra nombres y apellidos del (los) cirujano (s) | | | |
| 5. Registra número del colegio médico del (los) cirujano (s) | | | |
| 6. Registra nombre y apellidos del (los) anestesiólogo (s) | | | |
| 7. Registra número del colegio médico del (los) anestesiólogo (s) | | | |
| 8. Registra nombre y apellidos de la (s) enfermera (s) | | | |
| 9. Registra la(s) operación (es) programada (s) | | | |
| 10. Registra el tipo de anestesia empleada | | | |
| 11. Registra el (los) código (s) de intervención(es) quirúrgica(s) | | | |
| 12. Registra el (los) diagnóstico (s) preoperatorio (s) | | | |
| 13. Registra la hora de inicio de la intervención quirúrgica | | | |
| 14. Registra la hora de término de la intervención quirúrgica | | | |
| 15. Se ha registrado el reporte quirúrgico por duplicado | | | |
| 16. Se registran las complicaciones | | | |
| 17. Registra la descripción completa de la técnica utilizada | | | |
| 18. Registra los hallazgos operatorios | | | |
| 19. Registra la firma y el sello del cirujano responsable | | | |
| 20. Registra consentimiento informado completo | | | |
| 21. Registra solicitud de examen de anatomía patológica | | | |
| 22. Registro del manejo anestésico pre, intra y post quirúrgico completo. | | | |
| 23. Registra el(os) diagnóstico(s) post operatorio(s). | | | |
| 24. Legibilidad | | | |
| RESULTADO | 0 | | |
| CALIFICACIÓN | POR MEJORAR | | |

FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR

ANEXO 10: MODELO DE INFORME DE AUDITORÍA DE CALIDAD DE REGISTRO

INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE REGISTRO N° -ESSALUD-200

A: Director del CAS
De: Equipo Auditor
Asunto: AUDITORIA DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL
SERVICIO/AREA/.....

Referencia:

II. Fecha del Reporte:

1. OBJETIVOS:

Describir

2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA:

Indicar que documento originó la realización de la auditoria.

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

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

4. NO CONFORMIDADES (Sumilla)

Valoración Cuantitativa y Cualitativa de acuerdo al orden de importancia

5. CONCLUSIONES:

Debe abarcar todas las No Conformidades

6. 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° 11: MODELO DE INFORME DE AUDITORIA DE CASO

INFORME DE AUDITORIA DE CASO N° _____ -EsSalud - 200

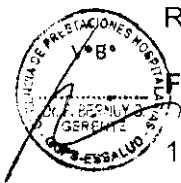
A: Gerente (Director) de Red Asistencial, Gerente de Instituto o Director de Hospital.

De: Comité de Auditoría Médica

Asunto: Atención brindada al asegurado:

Referencia:

Fecha del Informe:



1. DOCUMENTACION RECIBIDA Y ANALIZADA

En esta sección se deben consignar en forma cronológica todos los antecedentes administrativos que dan origen a la auditoría médica.

2. NORMATIVIDAD REVISADA Y ANALIZADA

3. RELATO DE LOS HECHOS

Resumen de la información concerniente a las prestaciones asistenciales brindadas al asegurado en base a la historia clínica, registros asistenciales y los informes del personal asistencial que participó en la atención del paciente.



4. ANALISIS DE LOS HECHOS(Presentación de no conformidades)

Cada no conformidad consta de:

Sumilla, es el título resumido de la no conformidad. **Condición**, es la descripción de la no conformidad del acto o parte del acto médico con relación al patrón (criterio).

Criterio, en la redacción del Informe debe señalarse la norma, guía de práctica clínica, protocolo de atención, códigos de conducta etc, así como el Número del artículo y el texto del mismo, que el Auditor desea contraponer con el hecho auditado. **Causa** que representa el análisis objetivo de las causas que provocaron la no conformidad y

Efecto, los efectos reales.



5. CONCLUSIONES

Es consecuencia del análisis efectuado en el acápite anterior (presentación de no conformidades), para su redacción debe incluirse lo consignado en la sumilla, la causa y el efecto. Precisar los hechos señalados y al personal involucrado en la atención/situación auditada.



6. RECOMENDACIONES

Considera las principales acciones conducentes a corregir las observaciones encontradas o prevenir la repetición de las distorsiones. Deben guardar concordancia con las no conformidades y las conclusiones, ser aplicables, deben especificar la autoridad responsable de implementarlas y los plazos correspondientes.



Firma: Nombre, Sello, N° de Colegio Médico de los Auditores, RNE (si corresponde)



ANEXO N° 12: MODELO DE INFORME DE EVALUACION DE RIESGOS ASISTENCIALES

INFORME DE EVALUACION DE RIESGOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO DE ... DEL HOSPITAL...

I. INTRODUCCION

Se describe los objetivos y la finalidad de la evaluación, el servicio y las unidades evaluadas, el período ejecutado, las muestras requeridas y las herramientas utilizadas. Se puede hacer referencia a las fuentes y la metodología utilizadas, entre ellas:

- Registros del Sistema de Gestión Hospitalaria.
- Reportes de las Referencias y Contrarreferencias.
- Informes de Producción del Centro Asistencial.
- Libro de Reporte Operatorio, Hojas de Anestesia, Libro de Atención en Emergencia, Registros de Enfermería, otros libros de registros de actividades asistenciales
- Historias Clínicas.
- Entrevistas con los pacientes.
- Informes y reportes técnicos de los equipos médicos.
- Registros de los sets quirúrgicos.
- Registros de movimiento de insumos médicos.

II. ANALISIS

DE LA ESTRUCTURA: Evaluación de los recursos utilizados o intervinientes.

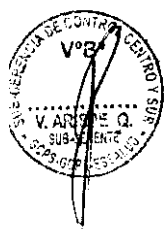
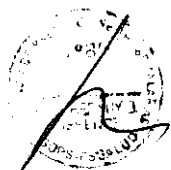
- Instalaciones (evaluar la seguridad de las instalaciones).
- Equipos biomédicos (cronograma de mantenimiento, tiempo de vida útil, grado de obsolescencia, etc.).
- Material médico e instrumental quirúrgico (sets completos o incompletos).
- Recursos humanos (capacitación, asignación de funciones por servicios, etc.).
- Sistemas de Información (registros, estadística).
- Documentos de gestión (protocolos de gestión, manuales de organización y funciones, de normas y procedimientos, etc.).

DEL PROCESO:

- El criterio por excelencia es la guía de práctica clínica, adicionalmente se deben utilizar criterios normativos y éticos. Se efectúa de dos formas: auditoría posterior a la atención de salud y auditoría concurrente. Se presenta de la siguiente forma: (especificar la metodología utilizada: auditoría posterior o concurrente).
- No conformidades (enumeración de sumillas de las no conformidades).
- Conclusiones.
- Recomendaciones.

DEL RESULTADO: Evaluación de indicadores de resultado (miden el grado de beneficio para el usuario externo y para la organización).

- Indicadores de morbimortalidad.
- Indicadores de infección intrahospitalaria



- Indicadores de Satisfacción del usuario interno y externo.
- Indicadores de eficiencia: Costos del servicio evaluado.

NO CONFORMIDADES

Establece las observaciones de los aspectos evaluados en el servicio.

III. CONCLUSIONES

IV. RECOMENDACIONES

Indica las principales acciones conducentes a corregir o aminorar las observaciones encontradas o prevenir posibles situaciones de riesgo. Debe guardar concordancia con las conclusiones, ser aplicable y especificar la unidad responsable y los plazos necesarios.

V. ANEXOS

Adjunta la información complementaria que facilita el detalle de los datos que sustentan las observaciones descritas en el informe.



ANEXO N° 13: EJEMPLO DE INFORME DE EVALUACION DE RIESGOS ASISTENCIALES

INFORME DE EVALUACION DE RIESGOS ASISTENCIALES N° 001 -EsSalud-200

A: Director del Hospital...
De: Jefe del Centro Quirúrgico
Asunto: Evaluación de los Riesgos Asistenciales del Centro Quirúrgico

I. INTRODUCCION

La presente evaluación se realiza en cumplimiento de la recomendación de la normatividad vigente del seguro social de salud.

Se llevó a cabo en el centro quirúrgico, en el archivo de historias clínicas, en las unidades de logística y salas de hospitalización.

El análisis se efectuó entre el 01 al 20 de marzo del presente año; se utilizó la siguiente información:

- Registros del Sistema de Gestión Hospitalaria.
- Informes de Producción del Centro Asistencial.
- Libro de Reporte Operatorio, Hojas de Anestesia, Libro de Atención en Emergencia, Registros de Enfermería, otros libros de registros de actividades asistenciales.
- Historias Clínicas.
- Encuestas realizadas a pacientes.
- Informes y reportes técnicos de los equipos médicos.
- Registros de los sets quirúrgicos.
- Registros de movimiento de insumos médicos.

II. ANALISIS

DE LA ESTRUCTURA:

Infraestructura

En el centro quirúrgico, las zonas rígida y semirígida no están bien diferenciadas: existe una sala de espera para gestantes en trabajo de parto en la zona semirígida.

El material utilizado para cubrir pisos y paredes de las salas de operaciones presenta defectos de pegado, así como las vitrinas, áreas de corrosión que no permiten una limpieza adecuada.

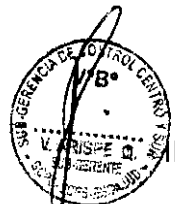
Equipos

Se encuentra fallas en el funcionamiento de dos máquinas de anestesia en las que se evidenció falta de mantenimiento preventivo así como un coche de paro con desfibrilador no operativo.

Instrumental

Se ha evaluado el set de Colectectomía y Vías Biliares:

De un total de 9 componentes hay un déficit de 04 (44 %), en el que se puede destacar la ausencia de instrumental específico para esta cirugía como son: Set de Curetas de Mayo para vías Biliares, Set de Dilatadores Tipo Benique, Set de Pinzas Randall y Tijera de Potts-Smith.



CUADRO N° : VERIFICACION DEL SET DE COLECISTECTOMIA Y VIAS BILIARES

| Sub Gerencia de Auditoria de Recursos Médicos-GCS | Inventario Central Esterilización |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Set de Curetas de Mayo para Vías Biliares | Ausente |
| Cánula de Aspiración Frazier | X |
| Pinza de Disección Vasculard de Bakey | X |
| Juego de Pinzas Mixter Biliar | X |
| Juego de Porta Agujas Vasculard de Bakey Punta de Diamante | X |
| Set de Dilatadores Tipo Benique | Ausente |
| Set de Pinzas Randall | Ausente |
| Juego de Tijeras de Bakey-Metzenbaum Curva | X |
| Tijera de Potts-Smith | Ausente |

Fuente: Manual de la Sub Gerencia de Auditoria de Recursos Médicos G.C.S. - Inventario de la Central de Esterilización del Hospital...

Elaborado por: La Comisión de Evaluación de Riesgos Asistenciales.

DEL PROCESO:

a. NO CONFORMIDADES

- En la programación de los pacientes no se considera el tiempo operatorio real
- Un solo anestesiólogo atiende tres salas de operaciones en forma simultánea.
- El tiempo que dedican los médicos cirujanos es insuficiente para el lavado de manos, antes del proceso quirúrgico.

b. CONCLUSIONES

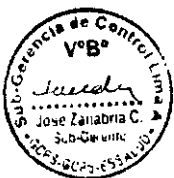
- No se efectúan bien las programaciones en centro quirúrgico.
- No se cumple con la normativa vigente respecto al proceso intraoperatorio del Hospital X.
- El personal médico no cumple con las normas de bioseguridad en sala de operaciones

c. RECOMENDACIONES

- Al Jefe del departamento de cirugía:
- Mejorar la programación de sala de operaciones en el plazo no mayor de 7 días útiles.
- Observar la normativa vigente respecto al servicio de anestesiología intraoperatoria.
- Implementar la normativa vigente sobre la norma de bioseguridad en su Servicio/Departamento.

DEL RESULTADO:

- ALTO PORCENTAJE DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2002
- El porcentaje de Operaciones Suspendidas fue de 14.9 %; valor que triplica el estándar sugerido que es de 5%.
- El motivo más consignado en las suspensiones es "Paciente no asistió", 30.3 % de los casos.
- Sobre dicho motivo las especialidades con mayor número de casos fueron Oftalmología con 24.4 %, Urología con 19.4 % y Cirugía General con 13.7 %.



CUADRO N° : MOTIVOS DE SUSPENSION DE CIRUGIAS EN EL HOSPITAL ... JUNIO - DICIEMBRE 2002

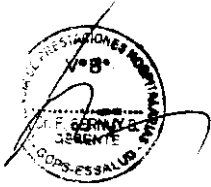
| N° | Motivo Registrado | N° de Casos | Porcentaje |
|--------------|-------------------------------------|-------------|--------------|
| 1 | El Paciente no asistió a la cirugía | 301 | 30.3 % |
| 2 | No consignado | 182 | 18.3 % |
| 3 | Falta de tiempo operatorio (*) | 128 | 13.0 % |
| 4 | Se suspende por cirujano (**) | 89 | 8.9 % |
| 5 | Por enfermedad interrecurrente | 79 | 7.9 % |
| 6 | Por falta cama | 74 | 7.4 % |
| 7 | Exámenes preoperatorios incompletos | 30 | 3.0 % |
| 8 | Por no acreditar | 21 | 2.1 % |
| 9 | Falta Historia Clínica | 18 | 1.8 % |
| 10 | Falta de Material | 17 | 1.7 % |
| 11 | Ingirió alimentos | 13 | 1.3 % |
| 12 | Equipo malogrado | 10 | 1.0 % |
| 13 | Otros | 33 | 3.3 % |
| Total | | 995 | 100 % |

(*) Los tiempos programados para las operaciones son insuficientes

(**) No se precisa el motivo exacto; si era por criterios relacionados con la patología o por inasistencia del cirujano

Fuente: Jefatura del Centro Quirúrgico del Hospital...

Elaborado por: La Comisión de Evaluación de Riesgos Asistenciales.



MORTALIDAD EN CENTRO QUIRURGICO SUPERIOR AL ESTANDAR EN EL AÑO 2002

En el Hospital... para el año 2002 fallecieron dos (02) pacientes; por lo que la Tasa de Mortalidad fue de 1.3/5,000 pacientes. El estándar es de 1/5,000.

En uno de los casos se reporta como causa de fallecimiento, en el Certificado de Defunción, Paro Cardíaco debido a Fibrilación Ventricular.



INFECCIONES DE HERIDAS OPERATORIAS

El reporte de infecciones de herida operatoria tiene valores 30% mayores que en el mismo periodo del año anterior.



NO CONFORMIDADES

Existen defectos en la diferenciación de las zonas rígida y semirígida; asimismo en el pegado y conservación del material utilizado para cubrir pisos, paredes y mobiliario.

Falta de mantenimiento preventivo en máquinas de anestesia, coche de paro con desfibrilador no operativo, y set quirúrgico de Colectomía y Vías Biliares incompleto.

El personal médico no cumple con las normas de bioseguridad.

Programación de pacientes sin considerar el tiempo operatorio real.

El Porcentaje de Operaciones Suspendidas triplica el estándar sugerido. El motivo más consignado en las suspensiones es "Paciente no asistió" y las especialidades quirúrgicas que más suspendieron son Oftalmología, Urología y Cirugía General.



III. CONCLUSIONES

Conclusión N° 1:

La falta de mantenimiento preventivo en máquinas de anestesia, coche de paro con desfibrilador no operativo, set quirúrgico de Colecistectomía y Vías Biliares incompleto y la programación de pacientes sin considerar el tiempo operatorio real; condicionan el elevado porcentaje de operaciones suspendidas así como el aumento de la tasa de mortalidad (Un caso de muerte en sala fue por paro cardiaco con fibrilación y el desfibrilador estaba inoperativo).

Conclusión N° 2:

La mala diferenciación de las zonas rígida y semirígida, los defectos en el pegado y conservación del material utilizado para cubrir pisos, paredes, mobiliario así como el incumplimiento por parte del personal médico de las normas de bioseguridad; condiciona el incremento en los valores de infecciones de herida operatoria.

IV. RECOMENDACIONES

Recomendación N° 1:

El director del centro asistencial y el jefe del centro quirúrgico en un plazo de 03 meses, deberán establecer mecanismos oportunos para la solicitud de adquisición del instrumental médico según se requiera así como el mantenimiento de equipos biomédicos. Asimismo deberán realizar la diferenciación adecuada de las zonas rígida y semirígida.

Recomendación N° 2:

El director del centro asistencial en coordinación con el jefe del centro quirúrgico y el jefe del departamento de cirugía en un plazo de 30 días deberán realizar acciones orientadas a que las jefaturas pertinentes optimicen la programación quirúrgica y supervisen el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

V. ANEXOS

Firma: Nombre, Sello, N° de Colegio Médico de los Evaluadores, N° Registro de Especialidad.