



Resolución Ministerial

Lima, 15 de Julio del 2016

Visto, el Expediente N° 15-064010-004 que contiene el Informe N° 019-2016-TESC-DICAS-DIGEPRES/MINSA de la Dirección General de Prestaciones de Salud del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, así como que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud establece que el Ministerio de Salud es competente en salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, asimismo, los literales a) y b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud disponen que es función rectora del Ministerio de Salud formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno, así como "Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, (...)";

Que, mediante el artículo 94 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA, se establece que la Dirección General de Prestaciones de Salud es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, responsable de formular, proponer, dirigir la implementación, supervisar y evaluar la política sectorial en materia de organización, funcionamiento y gestión de los servicios de salud; normalización prestacional y gestión clínica; calidad en salud; así como lo relacionado a telesalud;



P. MORA



P. GRILLO



C. CAVAGNARO



M. MALLOVO



J. Zavala S.

donación y trasplantes de órganos, tejidos y células y otras en el ámbito de su competencia;

Que, en virtud a ello, mediante el documento de visto, la Dirección General de Prestaciones de Salud ha elaborado y propuesto para su aprobación la "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud;

Que, mediante el Informe N° 672-2016-OGAJ/MINSA, la Oficina General de Asesoría Jurídica ha emitido opinión legal;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Prestaciones de Salud, de la Directora General (e) de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Viceministro de Salud Pública y del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud;

De conformidad con el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y el Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N° 029.- MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

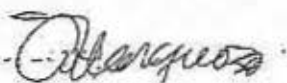
Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Prestaciones de Salud la difusión y seguimiento del cumplimiento de la Norma Técnica de Salud aprobada por el artículo 1 de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 3.- El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Gerencias Regionales de Salud, son responsables de la ejecución de la presente Norma Técnica de Salud, así como de monitorear y evaluar el proceso de implementación en sus respectivos ámbitos.

Artículo 4.- Derogar la Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA que aprobó la "Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01" y la Resolución Ministerial N° 889-2007/MINSA que aprobó la Directiva Administrativa N° 123-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud".

Artículo 5.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>

Regístrese, comuníquese y publíquese.


ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



NTS N° 029 - MINSA/DIGEPRES. V.02

"NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD"

1 FINALIDAD

Contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Establecer los lineamientos técnicos y metodológicos para realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, sean públicos, privados o mixtos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.2.1 Actualizar el marco normativo de la auditoría de la calidad de la atención en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del Sector Salud.
- 2.2.2 Estandarizar los instrumentos para el procedimiento de auditoría de la calidad de la atención en salud.
- 2.2.3 Promover la auditoría de la calidad de la atención en salud como herramienta gerencial en los servicios de salud que permita realizar procesos de mejora continua.

3 ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados y mixtos del ámbito nacional, incluidos el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, los del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, de los Gobiernos Regionales, de los Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud-EsSalud, de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

4 BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867 - Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972 - Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la



implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.

- Decreto Legislativo N° 1181, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud- PEAS.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 034-2015-SA, que aprueba el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de 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 NTS 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° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".



5 DISPOSICIONES GENERALES

- 5.1. Las definiciones operativas vinculadas a la presente NTS se detallan en el Anexo N° 01.
- 5.2. El objeto de la presente NTS es mejorar la Atención de Salud que se brinda en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se realiza para verificar y mejorar la calidad de la atención en los servicios en salud y promover activamente el respeto de los derechos de los usuarios de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, por sí misma, no tiene fines punitivos.
- 5.3. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es uno de los mecanismos e instrumentos que el Ministerio en Salud reconoce para evaluar directamente la propia atención de salud que se brinda a los usuarios individualmente, desde la perspectiva de la Calidad.



- 5.4. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud debe realizarse en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, según corresponda, de manera planificada (Auditoría Programada) o coyuntural (Auditoría de Caso) cuando se presenta un incidente o un evento adverso.
- 5.5. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se clasifica de diferentes maneras:
- a) Según quien realiza la Auditoría de la Calidad
 - a.1. Auditoría Interna
 - a.2. Auditoría Externa
 - b) Según el Objeto de la Auditoría de la Calidad
 - b.1. Auditoría Médica
 - b.2. Auditoría en Salud
 - c) Según su inclusión en la Planificación Anual de la Auditoría de la Calidad
 - c.1. Auditoría Programada
 - c.2. Auditoría de Caso (no está incluido en el Plan)
 - d) Según la Naturaleza de las Conclusiones de la Auditoría de la Calidad
 - d.1. Auditoría Regular / Ordinaria
 - d.2. Auditoría Dirimente
- 5.6. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud la realiza el propio Establecimiento de Salud (Auditoría Interna) o el Servicio Médico de Apoyo, según corresponda, o lo realiza una instancia inmediata superior al mismo, a través de otro Establecimiento de Salud o de un comité especial cuando es dispuesta por la Autoridad de Salud Nacional o la Autoridad de Salud Regional (Auditoría Externa).
- 5.7. El Establecimiento de Salud y el Servicio Médico de Apoyo realizan Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, a través de la Auditoría Programada o la Auditoría de Caso. Ambas son Auditorías Internas.
- 5.8. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, del tipo de Auditoría Dirimente, es una Auditoría de Caso y es una Auditoría Externa, que es dispuesta exclusivamente por la Autoridad de Salud Nacional o la Autoridad de Salud Regional, ante un incidente o un evento adverso, sobre el que se ha realizado dos Auditorías de Caso previas, con conclusiones contradictorias.
- 5.9. No se considera como Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a la verificación de indicadores de rendimiento de servicios asistenciales, la verificación de la aplicación de normas y reglas de las compañías de seguros respecto a la atención brindada, la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicios médico de apoyo, independiente de que dicha información pueda ser útil para evaluar otros aspectos de la gestión de éstos establecimientos o para realizar la Auditoría de Gestión. Estos aspectos son evaluados en la Auditoría de Gestión Clínica.
- 5.10. La Autoridad Nacional de Salud regula la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en todos sus extremos o aspectos.
- 5.11. La Autoridad Nacional de Salud, establece y regula el Procedimiento de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud ante un incidente, evento adverso, o disconformidad con la atención brindada.
- 5.12. Los Establecimientos de Salud, y servicios médico de apoyo, públicos y privados, entregarán la información que requiera la Autoridad de Salud Nacional, incluida la copia fechada de la historia clínica, bajo responsabilidad, cuando ésta considere la posibilidad de iniciar un Procedimiento de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud ante un incidente o una disconformidad con la atención brindada.



M. MALLQUI.



- 5.13. Los Establecimientos de Salud deben constituir el *Comité de Auditoría en Salud* y el *Comité de Auditoría Médica* (Ver numeral 6.1.1 de la presente NTS), como unidades funcionales permanentes, los cuales mantendrán coordinación con la unidad orgánica responsable de la gestión de la Calidad en Salud del establecimiento. Ambos comités están integrados por Auditores de la Calidad en Salud, con experiencia, y serán oficializados a través de una resolución del Director del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, o del que haga sus veces.
- 5.14. Los Comités de Auditoría en Salud y de Auditoría Médica, estarán integrados por un mínimo de tres (03) miembros organizados de la siguiente forma: un Presidente, un Secretario de Actas, y uno (o más) Vocales. Los miembros deben cumplir con el perfil de auditor de la Calidad en Salud.
- 5.15. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es realizada por Auditores de la Calidad de la Atención en Salud, profesionales de la salud formados en el campo de la Auditoría en Salud y con experiencia en su aplicación. Los Auditores de la Calidad de la Atención en Salud deben cumplir con el siguiente perfil:
- a. Ser Profesionales de la salud colegiados, con un mínimo de dos (2) años de ejercicio profesional para establecimientos y servicios médicos de apoyo de Nivel I, y con un mínimo de tres (3) años para el Nivel II y Nivel III, así como habilitados para el ejercicio de la profesión;
 - b. Tener formación o capacitación en auditoría en salud, con un mínimo de sesenta (60) horas académicas presenciales, debidamente certificadas por una entidad universitaria; Se recomienda que cuenten con número de registro de auditor expedido por su colegio profesional. Asimismo pueden tener capacitación en gestión de la calidad en salud, administración de servicios de salud o salud pública;
 - c. Tener experiencia en auditoría, la misma que será de más de un (1) año para el Nivel I; y de más de dos (2) años para los establecimientos de salud, o servicios médicos de apoyo, de Niveles II y III.
 - d. No tener antecedentes de sanción por procesos administrativos o penales.
- Este perfil también se recomienda para los integrantes de los Equipos de Auditoría.
- 5.16. Los Auditores de la Calidad de la Atención en Salud se rigen para ejercer sus responsabilidades, bajo los siguientes principios:
- a) **Conducta ética.**- El auditor debe abstenerse de realizar actos que atenten contra el buen ejercicio de la profesión; procediendo en todo momento de acuerdo con los más elevados preceptos de la moral; actuando siempre en forma leal, digna y de buena fe; evitando su participación en acciones fraudulentas de cualquier índole.
 - b) **Confidencialidad.**- Se requiere de un compromiso de reserva del auditor con las fuentes de información, por lo que es indispensable guardar el secreto profesional, y la reserva sobre la información que se tiene acceso durante la auditoría.
 - c) **Veracidad.**- Los hallazgos y conclusiones emitidas en los informes de la auditoría deben reflejar con autenticidad y exactitud los hallazgos de la auditoría.
 - d) **Diligencia.**- Los auditores proceden con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por la entidad o servicio auditado, en resguardo de los intereses y derechos de los usuarios.
 - e) **Independencia.**- Es la base para el ejercicio cabal y responsable de la función de auditor de la calidad. No pueden estar sujetos a mandatos o presiones que alteren su criterio, análisis y conclusiones en la auditoría, y deben estar libres de cualquier sesgo o conflicto de intereses.
 - f) **Imparcialidad.**- Las opiniones, conclusiones y recomendaciones del auditor requieren del equilibrio y ponderación de quien no se aleja de la verdad, y no inclina su criterio indebidamente ante ninguna de las partes.



M. MALLADO



- g) **Objetividad.** - El auditor basa su accionar en las evidencias objetivas que sustente sus hallazgos y conclusiones.
- h) **Respeto por los derechos y el honor de las personas.** - Consiste en no afectar negativamente la honra de los profesionales ni los derechos de los usuarios, por ningún motivo subalterno. En todo momento se debe mantener el respeto a los profesionales auditados.
- 5.17. En ninguna circunstancia el auditor está facultado para emitir pronunciamientos que establezcan responsabilidades personales o colectivas de tipo médico legal o recomendaciones punitivas, por no ser el objetivo de la Auditoría de la Calidad.
- 5.18. La actividad de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud se estructura en cinco etapas: a) Planeamiento, b) Ejecución, c) Elaboración y presentación del Informe Final, d) Implementación de las Recomendaciones, y e) Seguimiento de las Recomendaciones.
- 5.19. Los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud IGSS, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, Seguro Social de Salud - EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, de Gobiernos Regionales y Gobiernos locales) y los establecimientos de salud privados, así como los servicios médicos de apoyo, deben reportar trimestralmente la información referida a las actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud al IGSS/DISA/ DIRESA/GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, según corresponda; y esta/s instancia/s a la Dirección de Calidad en Salud del Nivel Nacional, en forma trimestral.
- 5.20. La presente Norma Técnica de Salud es de implementación obligatoria, bajo responsabilidad, en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos.
- 5.21. Los servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente NTS son aquellos que brindan atención reiterada a los mismos usuarios de salud o pacientes, y que por la naturaleza del servicio que brindan, deben llevar el registro seriado de dichas atenciones en historias clínicas, o en historias clínicas electrónicas u otro tipo de registros; Así mismo, aquellos servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, que brindan atenciones a sus usuarios de manera prolongada en el tiempo, en alguna modalidad de internamiento; y los que realicen algún tipo de procedimiento invasivo como parte de la atención que brindan.

6 DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

- 6.1.1. En cada establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, se constituirán los siguientes Comités de Auditoría:

- Comité de Auditoría en Salud (CAS)
- Comité de Auditoría Médica (CAM)

En el caso de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, y de los servicios médico de apoyo que corresponda, si por el número de profesionales de la salud, no fuese posible constituir uno o ambos comités, éstos serán constituidos en la instancia organizacional inmediata superior (microrred o red de salud, de corresponder).

- 6.1.2. La dirección del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, debe oficializar la conformación de ambos comités con acto resolutivo.
- 6.1.3. El Comité de Auditoría en Salud está constituido por profesionales médicos y no médicos del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorías en Salud contenidas en el plan anual de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del Establecimiento, o su



equivalente. No depende de ningún departamento o servicio asistencial.

- 6.1.4. El Comité de Auditoría Médica está constituido por profesionales médicos del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, responsables de ejecutar las Auditorías Médicas contenidas en el plan anual de auditoría en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del Establecimiento, o su equivalente. El Comité de Auditoría Médica no depende de ningún departamento o servicio asistencial.
- 6.1.5. Ambos comités son convocados por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en el establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, y programan y coordinan sus actividades con ella.
- 6.1.6. Ambos comités, para el ejercicio de sus actividades de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, gozan de total libertad de criterio, basado en el conocimiento científico y tecnológico, y en la aplicación cabal de la presente NTS, no estando sujetos a presiones de ninguna naturaleza.
- 6.1.7. En los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, de mayor complejidad y teniendo en cuenta el volumen de las Auditorías a realizarse, cada comité podrá conformar Equipos de Auditoría adscritos a éste, integrados también por un mínimo de tres (3) miembros (un Responsable de Equipo, un Secretario de Actas, y un Vocal) que se encargarán de realizar Auditorías de la Calidad, y presentarán lo actuado y sus Informes Finales al Presidente del Comité respectivo.
- Estos Equipos de Auditoría Adscritos, son propuestos por cada Comité, y convocados por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad del establecimiento de salud. Son oficializados por Resolución del Director del establecimiento de salud o del que haga sus veces.
- 6.1.8. De ser necesario, un profesional de la salud, médico o no, puede integrar más de un Equipo de Auditoría Adscrito.
- 6.1.9. Los Comités de Auditoría son los encargados de realizar las Auditorías de Caso, cuando son Auditorías Internas, ya sea que correspondan a una Auditoría en Salud o a una Auditoría Médica.
- 6.1.10. No podrán formar parte de un Comité o Equipo de Auditoría, los profesionales médicos o no médicos en los siguientes casos:
- a. Si es pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, con cualquiera de los usuarios de los servicios de salud o con sus representantes de la atención a ser auditada.
 - b. Si ha tenido intervención en la atención a ser auditada, o si como autoridad hubiere manifestado previamente su parecer sobre el mismo, de modo que pudiera entenderse que se ha pronunciado sobre el asunto.
 - c. Si personalmente, o bien su cónyuge o algún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, tuviere interés en la atención a ser auditada.
 - d. Cuando tuviere o hubiese tenido en los últimos dos años, relación de servicio o de subordinación con cualquiera de los usuarios de los servicios de salud o sus representantes de la atención a ser auditada, o si tuviera en proyecto una concertación de negocios con alguno de ellos, aun cuando no se concrete posteriormente.



M. MALLOQUI O.

6.2. DE LOS MIEMBROS DE LOS COMITÉS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

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

- a. Participar en la elaboración y ejecución del Plan Anual de Auditoría, el mismo que



será presentado a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en el establecimiento de salud, o en el servicio médico de apoyo, para su aprobación.

- b. Participar en la planificación, organización, evaluación y supervisión de las auditorías y actividades programadas en el Plan Anual de Auditoría y de las Auditorías de Caso, según corresponda. Ver anexo N° 4.
- c. Participar en la ejecución de las auditorías, verificando la conformidad y veracidad de los documentos que sustentan las conclusiones y recomendaciones.
- d. Participar en la planificación, ejecución y elaboración del informe final de auditoría.

Así mismo, según su cargo tienen las siguientes responsabilidades:

6.2.1. Presidente/a.- Es responsable de:

- a. Presidir el Comité.
- b. Convocar a reuniones ordinarias las veces que sean necesarias, a fin de cumplir con los plazos de la auditoría.
- c. Asegurar que las Auditorías de la Calidad de Atención en Salud se realicen cumpliendo lo dispuesto en la presente NTS.
- d. Garantizar que los informes y el Informe Final cumplan con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en la presente norma.
- e. Presentar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien a su vez lo elevará a la dirección del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, para que disponga la implementación de las recomendaciones.

6.2.2. Secretario/a de Actas.- Es responsable de:

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

6.2.3. Vocal.- Es responsable de:

- a. Contribuir a asegurar la integridad, seguridad y confidencialidad de las historias clínicas, y de la documentación que se genere durante las Auditorías de la Calidad.
- b. Otras que el (la) Presidente(a) del Comité le asigne.

6.2.4. En el caso de los Equipos de Auditoría Adscritos a cada Comité, corresponden las mismas funciones del Secretario de Actas y del Vocal señalados en los numerales 6.2.2. y 6.2.3. de la presente NTS. El Coordinador del Equipo tendrá las mismas funciones que el Presidente de los Comités, según el contenido del numeral 6.2.1. de la presente NTS, excepto que presentará el Informe Final al Presidente del Comité al que está adscrito el Equipo.

6.3. DE LAS ETAPAS DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

En la Auditoría de la Calidad se identifican las siguientes etapas:



6.3.1. **Planeamiento.-** Corresponde al Comité de Auditoría definir los objetivos y alcance de la auditoría, para lo cual debe:

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

6.3.2. **Ejecución.-** Corresponde al Comité de Auditoría cumplir las diferentes actividades que deben ser desarrolladas en forma secuencial, siendo las siguientes:

- a. Verificación de la información: Actividad de confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva del cumplimiento de los criterios establecidos; utilizando para ello, todos los medios e instrumentos que consideren pertinentes.
- b. Análisis y discusión: Revisión y evaluación de la historia clínica, de los registros y otros documentos relacionados con la auditoría a realizar; revisión, evaluación y análisis de los hallazgos. Con la información obtenida se elaborará una lista de *No Conformidades* y se sustentará con la evidencia encontrada.
- c. Comunicación de las no conformidades a los (las) auditados(as), en el caso de que se considere pertinente y con la finalidad de recoger la información correspondiente, en forma de descargo.
- d. En los casos de Auditorías Programadas, se podrá considerar realizar:
 - Reunión de Inicio: Actividad de presentación del Comité de Auditoría ante el servicio u unidad donde se brindó la atención que se va a auditar para informar los criterios a emplear, los objetivos, el alcance y el cronograma.
 - Reunión final o de cierre: Discusión con los auditados respecto a los contenidos del informe de campo, presentando de forma objetiva los hallazgos, con la finalidad de hacerlo una oportunidad de mejora.

6.3.3. **Elaboración del Informe Final.-** (Ver Anexo N° 2). Corresponde al Comité de Auditoría:

- a. Redactar de manera clara y concisa las *No Conformidades* de la auditoría, así como las conclusiones y recomendaciones.
- b. Elevar el informe final a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien la remitirá a la Dirección del establecimiento de salud o del servicio médico de apoyo, luego de verificar que cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.
- c. Documentar el proceso total para su archivamiento especial y uso posterior para la mejora de los procesos y procedimientos asistenciales, previo foliado y ordenamiento de los papeles de trabajo utilizados.

6.3.4. **Implementación de las Recomendaciones.-** Comprende:

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

Esta etapa corresponde ser ejecutada por los Jefes o responsables de los Servicios o Áreas consignados explícitamente en las recomendaciones del informe de Auditoría de la calidad de atención.



M. MALLOQUI,



6.3.5. Seguimiento de las Recomendaciones.- Comprende el monitoreo y la verificación del cumplimiento de las recomendaciones formuladas en el informe de Auditoría de la Calidad de Atención. Esta etapa corresponde ser ejecutada por la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, quien debe:

- a. Elaborar y mantener un registro de las recomendaciones formuladas en cada Informe de Auditoría (debe incluir: Número y fecha del Informe de Auditoría, Recomendación, el(los) responsable(s) de implementarlas, Plazos estrictos, Fecha de Seguimiento y Estado de la implementación).
- b. Acordar con los involucrados un plan de implementación de las recomendaciones, precisando objetivos, metas, plazos y responsabilidades.
- c. Solicitar por escrito al personal responsable encargado de implementar las recomendaciones, la documentación que sustente la situación en que se encuentra la implementación de las recomendaciones.
- d. Elaborar y presentar el informe de seguimiento a la máxima autoridad de la institución de corresponder.
- e. De considerarlo necesario se deberá programar la realización de visitas para verificar la implementación de las recomendaciones.

6.4. DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

6.4.1. La Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud es el procedimiento sistemático de análisis y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en la atención de salud, de parte de los profesionales de la salud, y que tiene como principio fundamental la mejora continua de las atenciones de salud.

6.4.2. La metodología de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, en su análisis integral, considera los siguientes aspectos:

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

Esta metodología se aplica para las Auditorías programadas y para las Auditorías de Caso.

6.4.3. Una vez concluido el análisis de la información recabada se procederá a la elaboración del informe final, de acuerdo al modelo del Anexo N° 2.

6.4.4. El Comité de Auditoría elevará su Informe Final a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, donde se evaluará si cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría. En caso que sea afirmativo, remitirá el informe final al Director del establecimiento de salud, o del servicio médico de apoyo, quien



M. MALLOQUIO.



dispondrá la implementación de las recomendaciones.

6.4.5. Las Auditorías Programadas pueden realizarse, entre otros, ante:

- Defunciones con problemas diagnósticos y sin diagnóstico definitivo.
- Estancias prolongadas: hospitalizados más de veinte (20) días.
- Reintervenciones quirúrgicas
- Tiempos de espera prolongados.
- Operaciones cesáreas primarias
- Evaluación del cumplimiento de las Funciones Obstétrico Neonatales (FON).
- Evaluación de cumplimiento de los controles por etapas de vida.
- Evaluación de cumplimiento de actividades preventivo promocionales, como el programa de vacunación.

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

- Casos de Mortalidad materno – perinatal.
- Reingresos por el mismo diagnóstico.
- Eventos adversos en anestesiología: Complicaciones anestésicas
- Eventos adversos en cirugía: Complicaciones postoperatorias
- Eventos centinela.
- Asimismo, deben realizarse cuando ocurre un hecho evidente que vulnere los derechos de los usuarios de los servicios de salud, independientemente que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares

6.5 DEL PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD ANTE UN INCIDENTE: AUDITORÍA DE CASO

6.5.1. Cuando ocurre un incidente en un establecimiento de salud, o en un servicio médico de apoyo, como los señalados en el numeral 6.4.6. de la presente NTS, independientemente de que genere o no una queja o denuncia del usuario o de sus familiares, debe iniciarse una Auditoría de Caso, siempre como Auditoría Médica. Este procedimiento, una Auditoría Interna, debe ser dispuesto por la Dirección del Establecimiento en Salud, o del servicio médico de apoyo, y comunicarlo a la Dirección.

6.5.2. Cuando el Comité de Auditoría Médica tuviese elementos de juicio suficientes para presumir que el incidente, en una auditoría de caso hubiese sido motivado por la participación de otros profesionales de la salud no médicos, que participaron en la atención, podrán proponer que se realice una Auditoría en Salud, en lugar de la Auditoría Médica.

6.5.3. La Auditoría de Caso tiene por objeto evaluar y cautelar el respeto por los derechos del usuario o paciente, entre ellos a recibir atención de calidad en los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, identificando factores causales y contributivos sobre los cuales intervenir correctivamente para que eventos semejantes no vuelvan a ocurrir.

6.5.4. Si la Autoridad Nacional de Salud o la Autoridad Regional de Salud (ANS/ARS) toma conocimiento del incidente, puede disponer que se inicie una Auditoría de Caso en el marco del procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud pudiendo realizarla:

- El Comité del Establecimiento de Salud, o servicio médico de apoyo, (Auditoría



M. MALLOU O.



Interna)

- El Comité de otro Establecimiento de Salud, o servicio médico de apoyo (Auditoría Externa)
- Un Comité especial (Auditoría Externa)

La ANS/ARS comunicará la disposición a la máxima Autoridad del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, que brindó la atención de salud a auditarse.

- 6.5.5. Cuando proceda realizar una Auditoría de Caso, la máxima Autoridad del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas tiene la responsabilidad de proporcionar una copia foliada y fedateada o legalizada de la correspondiente historia clínica, completa, a la unidad orgánica responsable de la Gestión de la Calidad en el Establecimiento en Salud, o servicio médico de apoyo, o al Coordinador de la Auditoría de la Calidad del Establecimiento.
- 6.5.6. Cuando la Auditoría Interna concluye, el Director del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, deberá disponer las acciones correctivas correspondientes.
- 6.5.7. El Director del Establecimiento de Salud o servicio médico de apoyo, además de disponer las acciones correctivas, elevará el Informe Final a la ANS/ARN, cuando haya sido dispuesta por ellos, en los plazos que establece la presente NTS.
- 6.5.8. La ANS/ARS a través de la unidad orgánica correspondiente, determinará si la Auditoría de Caso y el Informe Final cumplen con los requisitos de calidad de la Auditoría. De ser así, dará por aceptadas las conclusiones.

En caso de rechazarla, podrá:

- Devolver el Informe para su revisión y reformulación, por única vez, o,
 - Disponer una Auditoría Externa a cargo de otro Establecimiento de Salud, o servicio médico de apoyo, del mismo nivel o superior, o de un Comité Especial.
- 6.5.9. La ANS/ARS podrá disponer, de manera excepcional, una Auditoría Dirimente si sobre un incidente hay una Auditoría Interna y una Auditoría Externa, o dos Auditorías Externas, que cumplen ambos los requisitos de calidad de la Auditoría, pero sus conclusiones no son coincidentes.
- 6.5.10. La Auditoría Dirimente es una Auditoría Externa que realiza un Comité, convocado únicamente por la ANS/ARS. Es concluyente, y la ANS/ARS la aceptará sólo si el Informe Final cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría. Si no los cumpliera, la ANS/ARS lo devuelve al Comité para que subsanen las deficiencias y mejoren la calidad del informe.
- 6.5.11. El Informe Final de la Auditoría de Caso, del Procedimiento de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un Incidente o evento adverso, podrá ser utilizado para las acciones administrativas que correspondan, si así lo dispone el Director del Establecimiento de Salud.
- 6.5.12. En la Auditoría de Caso se debe identificar mediante códigos al personal que participó en el proceso de atención, información que será de conocimiento del Director de la institución.
- 6.5.13. El paciente puede solicitar una fotocopia del informe de Auditoría de Caso, en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, para los fines que estime pertinente.
- 6.5.14. El Procedimiento de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud ante un Incidente puede concluir en la Auditoría Interna o en la Auditoría Externa, y excepcionalmente en la Auditoría Dirimente.



M. MALLOQUI O.



6.5.15. Los informes de Auditoría de Caso serán remitidos por los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a las DIRESA/GERESA/DISA/IGSS según corresponda, trimestralmente. La Dirección General de Prestaciones en Salud a través de la Dirección de Calidad en Salud es la Entidad Técnica y Normativa del proceso de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a nivel Nacional, y tiene la facultad de solicitar información sobre los procesos de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud a las entidades públicas y privadas a nivel Nacional, consideradas en el ámbito de aplicación de la presente NTS.

6.6. DE LA ESTRUCTURA DEL INFORME FINAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

6.6.1. El Informe Final de la Auditoría de la Calidad que se presenta a la Dirección del establecimiento de salud tendrá la siguiente estructura (ver Anexo N° 2):

- ENCABEZADO
- 1) ANTECEDENTES
- 2) ORIGEN DE LA AUDITORÍA
- 3) TIPO DE AUDITORÍA
- 4) ALCANCE DE LA AUDITORÍA
- 5) METODOLOGÍA USADA
- 6) INFORMACIÓN CLÍNICA
- 7) HALLAZGOS
- 8) CONCLUSIONES
- 9) RECOMENDACIONES
- 10) FIRMAS
- 11) ANEXOS

6.6.2. El **ENCABEZADO** contiene la consignación básica que identifica el informe, su destino, su origen, y el asunto que lo motiva.

Comprende:

- El **Número del Informe Final y la codificación** de la Auditoría; numeración correlativa, única e intransferible que lleva el Comité de Auditoría correspondiente del Establecimiento de Salud.
- El **Destinatario**, corresponde al Director del establecimiento de salud (A:)
- El **Remitente**, corresponde a la denominación del Comité de Auditoría que presenta el Informe Final. (De:)
- El **Asunto**, corresponde a la Auditoría de la Calidad de la Atención brindada al **paciente identificado/a con un código** (en resguardo de la confidencialidad), nombre del (de) los servicio(s) asistencial(es), código de RENIPRESS y categoría del establecimiento de salud, donde se brindó la atención al (la) paciente, y el número de Historia Clínica.
- **Referencia**, corresponde al documento que le da origen, especialmente si se trata de una Auditoría de Caso.
- **Fecha del informe**, que debe ser aquella en la que se concluye e idealmente la misma en que se presenta los resultados de la Auditoría de la Calidad.

6.6.3. Los **ANTECEDENTES**: Relato cronológico de los hechos que dan origen a la realización de la auditoría (la atención brindada, auditorías anteriores del caso y



M. MALLOUO.



otros).

- 6.6.4. **ORIGEN DE LA AUDITORÍA:** Indicar que documento originó la realización de la auditoría (solicitud de la dirección del establecimiento, del juez o autoridad competente).
- 6.6.5. **TIPO DE AUDITORÍA:** Clasificada según lo dispuesto en la presente NTS.
- 6.6.6. **ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención proporcionada al paciente xx, en el establecimiento xx del día/mes/año al día/mes/año) y en el servicio xx)
- 6.6.7. **METODOLOGÍA:** La metodología recomendada por la presente norma es:

- Reconstrucción documentada de los hechos y su cronología.
- Análisis de la información disponible
- Entrevistas y registro de declaraciones (de ser necesario)
- Evaluación de la presencia de los eventos centinela (eventos adversos graves).
- Evaluación del cumplimiento de los criterios en el acto médico o en la atención de salud auditados, identificando los hallazgos y las no conformidades.

- 6.6.8. **INFORMACIÓN CLÍNICA:** Resumen de la información concerniente a las prestaciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.

- 6.6.9. **HALLAZGOS:** Se consignan las no conformidades, identificadas al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas.

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

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

Sólo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la *causa*, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.

Al término del desarrollo de cada *hallazgo*, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma, si corresponde; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.

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

- 6.6.11. **RECOMENDACIONES (acción correctiva):** Describe las acciones de mejora a realizar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, para subsanar las causas de las *no conformidades* identificadas en la auditoría, entre otras. Toda recomendación debe señalar lo siguiente: *Qué se debe realizar, Quién lo va a realizar, y el Plazo para realizarlo.* También deben considerarse las oportunidades de mejora identificadas en la Auditoría, así como aquellas acciones o prácticas



correctas identificadas, a fin que sean mantenidas o preservadas.

6.6.12. **FIRMAS:** Registro al pie del Informe de los nombres y apellidos, sello y N° de colegio profesional y del Registro Nacional de Especialista, así como el Registro Nacional de Auditor, si fuera el caso, de los miembros del Comité de Auditoría que participaron en la auditoría.

6.6.13. **ANEXOS:** Consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención. En la Auditoría de Caso se debe identificar debidamente al personal involucrado en el proceso de atención, información que será de conocimiento del Director del Establecimiento de Salud.

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

Al evaluar el Informe Final de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud en general, y de la Auditoría de Caso en especial, debe verificarse el cumplimiento de los siguientes requisitos de calidad de la Auditoría, que le dan la consistencia técnica al mismo. Estos requisitos son:

6.7.1. Observa la estructura del Informe de Auditoría, contenida en el Anexo N° 2.

6.7.2. El contenido del mismo está orientado siempre a la mejora continua de los procesos, no a acciones de carácter punitivo.

6.7.3. En relación a los hallazgos y conclusiones:

- Los hallazgos guardan coherencia con la(s) conclusión(es).
- Cada conclusión deriva en una o más recomendaciones de mejora de los hallazgos.

6.7.4. Cada recomendación consta de tres partes:

- a) El cargo de la Autoridad a la que va dirigida.
- b) Lo que se recomienda, precisando las acciones a seguir y
- c) El plazo que se otorga para el cumplimiento de la misma, con excepción de las actividades cuyos plazos están registrados en normas específicas.

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

6.7.5. El Informe será redactado de forma ordenada, en lenguaje sencillo y objetivo.

6.7.6. El Informe será integral (audita todos los aspectos pertinentes sobre el incidente clínico).

6.7.7. Utiliza todos los criterios de auditoría necesarios y pertinentes.

6.8. DE LOS PLAZOS PARA LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

6.8.1. Las Auditorías Programadas deberán realizarse dentro de los tiempos planificados, no debiendo exceder en ningún caso de veinte (20) días hábiles.

6.8.2. Las Auditorías de Caso no podrán exceder los siguientes plazos, según corresponda: diez (10) días hábiles cuando se trate de una Auditoría Interna, y quince (15) días hábiles cuando se trate de una Auditoría Externa.

6.8.3. Cuando el Informe Final de una Auditoría de Caso sea rechazado, el Comité dispondrá de cinco (05) días hábiles adicionales, por única vez, para reformularlo.



- 6.8.4. El Comité responsable de realizar una Auditoría Dirimente, dispondrá de quince (15) días hábiles para emitir y presentar su Informe Final sobre la Auditoría de Caso que lo convoca.
- 6.8.5. Los miembros de los Comités, incluidos los Equipos de Auditorías Adscritos a dichos comités, son responsables del escrupuloso cumplimiento de los plazos establecidos.
- 6.8.6. Los plazos establecidos se cuentan a partir del Acta de Instalación del Comité de Auditoría; dicho Comité para proceder a la instalación deberá tener a su disposición la Historia Clínica correspondiente o la copia fedateada y completa de la misma.
- 6.8.7. La Dirección del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, y el responsable de la Unidad Orgánica a cargo de la Gestión de la Calidad, son responsables de entregar la Historia Clínica, o copia fedateada y completa de la misma, al Comité de Auditoría correspondiente, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de dispuesta la Auditoría de Caso.
- 6.8.8. La Dirección del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo, o la Autoridad de Salud Nacional o Regional, según corresponda, podrá disponer que la Auditoría de Caso se realice de manera sumaria, en un plazo que no exceda los siete (07) días hábiles, especialmente en los incidentes clínicos que impliquen un riesgo potencial o de un grave impacto en la Salud Pública.

6.9. DEL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

- 6.9.1. La Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad debe comunicar mediante documento, a la Dirección del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, el inicio de la Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, precisando los datos identificatorios del paciente y de la Historia Clínica. La Dirección del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, es responsable de:
- a) Disponer la inmediata inmovilización de la Historia Clínica correspondiente para garantizar la no modificación posterior de los registros.
 - b) Proporcionar, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, a la Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, una copia foliada y fedateada, de la correspondiente Historia Clínica, para que sea puesta a disposición del Comité de Auditoría correspondiente.
 - c) Brindar acceso, de ser necesario, a la Historia Clínica original al Comité de Auditoría correspondiente que realiza el proceso y proporcionar las otras fuentes para la auditoría (el Reglamento de Organización y Funciones, Manual de Organización y Funciones, normas Internas, programación de personal, protocolos o guías de práctica clínica, libros de registros de atenciones médicas y/o quirúrgicas, libro de sala de operaciones y otros de interés que contengan información relacionada al caso) dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de efectuada la solicitud mediante documento formal.
- 6.9.2. Cuando la historia clínica original ha sido puesta a disposición del Comité de Auditoría correspondiente, éste debe devolverla en un plazo no mayor de setentidos (72) horas. Si antes de cumplirse este plazo el paciente necesita hacer uso de su historia clínica, el Comité tendrá que devolverla; si cree conveniente podrá solicitarla nuevamente las veces que sean necesarias.
- 6.9.3. Durante el proceso, el Comité otorgará el plazo no mayor de setentidos (72) horas al personal de salud involucrado en el caso, para que remitan los informes de descargo solicitados, de modo que no interfiera o retrase la emisión del informe de auditoría respectivo.
- 6.9.4. El informe contará con la estructura establecida en el Anexo N° 2.
- 6.9.5. En el caso de los servicios médicos de apoyo que cuenten con historia clínica



electrónica, o algún otro tipo de registro, también deberán cumplir con esta entrega.

6.10. DE OTROS ACTORES RELACIONADOS CON LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

En el establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, se tienen las siguientes responsabilidades respecto al Procedimiento de las Auditorías de la Calidad de la Atención en Salud:

6.10.1. Del Director del Establecimiento

- a) Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- b) Expedir la resolución directoral de conformación de los comités de auditoría.
- c) Asegurar los recursos adecuados para la operatividad de los comités de auditoría y de los equipos de auditoría adscritos.
- d) Disponer que los integrantes de los comités dediquen a las actividades de auditoría de la calidad de atención en salud, de acuerdo a la estructura orgánica del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, un tiempo mínimo de:
 - i. Tres (03) horas semanales para establecimientos o servicio médico de apoyo del Nivel I.
 - ii. Seis (06) horas semanales para establecimientos o servicio médico de apoyo del Nivel II y III, pudiendo ser más si así lo estima necesario.
 - iii. Dicho tiempo será parte de la programación laboral mensual formal de los integrantes de los comités.
- e) Promover y estimular la capacitación de los profesionales de la salud del establecimiento a su cargo, en Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- f) Tomar conocimiento de las conclusiones emitidas en los informes de los comités de auditoría así como disponer la implementación de las recomendaciones.
- g) También puede devolver el informe Final cuando dicho informe no cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría descritos en numeral 6.7. de la presente NTS.

6.10.2. Del Responsable de la Unidad Orgánica de Gestión de la Calidad del Establecimiento

- a) Coordinar con los Comités de Auditoría de la Calidad la elaboración del Plan Anual de Auditoría, conforme a las prioridades institucionales y a sus necesidades.
- b) Brindar asistencia técnica a los Comités de Auditoría para la ejecución del Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.
- c) Supervisar y evaluar el Plan Anual de Auditoría.
- d) Proponer la conformación de los Comités de Auditoría de acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud.
- e) Analizar la calidad y contenido de los informes de auditoría; en especial las conclusiones y recomendaciones emitidas.
- f) Elevar el Informe Final de la Auditoría al Director del Establecimiento, cuando cumple con los requisitos de calidad de la Auditoría.
- g) Elaborar el Informe de las acciones de evaluación y supervisión ejecutadas para la Dirección del Establecimiento.
- h) Realizar el seguimiento de las recomendaciones emitidas tanto en el reporte de las auditorías de la calidad de atención programadas como en las auditorías de caso.
- i) Promover propuestas de mejora de acuerdo al análisis de los informes de



auditoría.

j) Promover la capacitación de los comités de auditoría.

6.10.3. Si la complejidad del establecimiento de salud, o servicio médico de apoyo, lo hace recomendable, en su Unidad Orgánica responsable de la Gestión de la Calidad, podrá existir un Coordinador de Auditoría de la Calidad, para el cumplimiento de lo señalado en el numeral anterior. Ese coordinador debe ser un profesional médico con formación en Auditoría de la Calidad, y debe cumplir con el perfil de Auditor.

6.11. DEL REPORTE DE ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD

Los establecimientos de salud, y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos, reportarán a sus respectivas instancias organizacionales inmediatas superiores, el informe que contenga las actividades relacionadas a la Auditoría de la Calidad y la ejecución y cumplimiento de dicha programación. Todos los establecimientos y servicios médicos de apoyo, remitirán dicha información trimestralmente, en los quince (15) días siguientes de concluido el trimestre, al IGSS/DISA/DIRESA/GERESA o la que haga sus veces, según corresponda, bajo responsabilidad de los jefes o directores de dichos establecimientos y del órgano responsable de la calidad.

El IGSS/DISA/DIRESAS/GERESAS, o a la que haga sus veces, reportarán la información consolidada de su ámbito, a la Dirección General de Prestaciones de Salud, dentro de los treinta (30) días de concluido el trimestre a reportar.

6.12. ACERCA DE LA EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS ASISTENCIALES

La Auditoría de Gestión Clínica o de Gestión Sanitaria es una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual.

La Auditoría de Gestión Clínica incluye, entre otros, la evaluación de la calidad de los registros asistenciales, a través del cual se analiza el cumplimiento de lo establecido en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica vigente.

Se podrán utilizar según corresponda, los formatos de evaluación de:

- Registros del Médico: Notas de evolución, Hoja de Indicaciones, interconsultas y demás notas clínicas correspondiente al profesional.
- Registros del (de la) Enfermero(a): Hoja de Balance Hídrico, Hoja Gráfica de Signos Vitales, Kárdex de Enfermería y Notas de Evolución de Enfermería
- Registros del (de la) Obstetra no Médico Cirujano: Hoja de Balance Hídrico, Partograma, Historia Clínica Materno-Perinatal, Kárdex de Obstetricia y Hoja Gráfica de Signos Vitales
- Registros del Odontólogo: Historia clínica odontológica y el odontograma.

Los formatos de evaluación de la calidad de registro y sus instrucciones, así como un tipo de formatos para evaluar auditoría de la calidad estarán colocados en la página WEB del MINSA para poder descargarlos.



7 RESPONSABILIDADES

7.1. NIVEL NACIONAL

- a. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Prestaciones en Salud es responsable de la difusión de la presente NTS hasta el nivel regional, así como de brindar asistencia técnica y supervisar su aplicación.
- b. Las Gerencias o Direcciones de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud, son responsables de difundir y hacer cumplir la presente NTS en los establecimientos de salud de su competencia.

7.2. NIVEL REGIONAL

- a. Las DIRESA / GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la presente NTS en su jurisdicción, así como de brindar asistencia técnica y supervisar su aplicación.
- b. Las DIRESA / GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de disponer y/o ejecutar la Auditoría externa, en los casos que no se haya realizado la Auditoría interna, o cuando lo estime pertinente.
- c. Las DIRESA / GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, son responsables de disponer la Auditoría Dirimente en su jurisdicción.
- d. En Lima Metropolitana, el IGSS o la DISA, según corresponda es responsable de disponer y/o ejecutar la Auditoría externa, en los casos que no se haya realizado la Auditoría interna, o cuando lo estime pertinente.

7.3. NIVEL LOCAL

- a. Los Directores, Gerentes o Jefes de los Establecimientos de Salud, y de los servicios médicos de apoyo, son responsables de cumplir y hacer cumplir lo dispuesto en la presente NTS.
- b. Las unidades orgánicas de los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, responsables de la Gestión de la Calidad, cumplen y hacen cumplir lo dispuesto en la presente NTS.

8 DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. El IGSS, la DISA/ DIRESA/ GERESA, o la que haga sus veces en el ámbito regional, deben realizar periódicamente actividades de difusión con los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de su ámbito, según corresponda, para resaltar y reforzar la importancia de la Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, con los miembros de las unidades responsables de Gestión de la Calidad y de los comités de auditoría.
- 8.2. Los Directores de hospitales, de las DIRESA / GERESA o la que haga sus veces en el ámbito regional, dispondrán la conclusión sumaria de las auditorías de caso que se encuentren inconclusas a la fecha de aprobación de la presente Norma Técnica de Salud, y que hayan sido abiertas hasta diciembre de 2015, debiendo tomar las acciones pertinentes para tal fin, y reportarlo a la Dirección General de Prestaciones en Salud.
- 8.3. El Ministerio de Salud, el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las DIRESA/GERESA, sus redes, y SUSALUD a través de sus órganos de gestión de calidad, u otros según corresponda, podrán realizar auditoría de la calidad de atención en salud en el momento que estimen necesario.
- 8.4. El Ministerio de Salud puede conformar un Comité Auditor para la realización de auditorías de la calidad de atención de salud, cuando así lo estime necesario, en razón del ejercicio de la Autoridad de Salud.
- 8.5. Las auditorías realizadas por SUSALUD para la investigación de un evento que presuntamente vulnere los derechos en salud de las personas se rigen por los



documentos de gestión, manuales, instrumentos y formatos que ésta establezca.

9 ANEXOS

- Anexo N° 1: Definiciones Operativas
- Anexo N° 2: Modelo General de Informe de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (Auditoría Programada)
- Anexo N° 3: Modelo General de Informe de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud (Auditoría de Caso).
- Anexo N° 4: Modelo del Plan de Auditoría de la Calidad de la Atención.



M. MALQUI O.



ANEXO N° 01
DEFINICIONES OPERATIVAS

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

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

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

2. **AUDITORÍA INTERNA.-** Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.
3. **AUDITORÍA EXTERNA.-** Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.
4. **AUDITORÍA MÉDICA.-** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
5. **AUDITORÍA EN SALUD.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
6. **AUDITORÍA PROGRAMADA.-** Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.
7. **AUDITORÍA DE CASO.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (*evento adverso*) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada. Por lo general obliga a la participación de diferentes especialidades médicas, y puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada. La metodología sugerida es el análisis de causa raíz.
8. **AUDITORÍA REGULAR / ORDINARIA.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.
9. **AUDITORÍA DIRIMIENTE.-** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la



evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.

10. **AUDITORÍA DE GESTIÓN CLÍNICA.-** Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada. En este caso la calidad es enfocada desde la perspectiva del conjunto de atenciones ofrecidas, y no desde la atención individual. Evalúa los indicadores de rendimiento de los servicios asistenciales, la calidad de los registros, la verificación de la aplicación de normas y reglas respecto a la atención brindada, y la evaluación de los procesos administrativos propios del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Está orientada a mejorar la efectividad, eficiencia y economía en el uso de sus recursos. Comprende la auditoría de registros, auditoría de seguros, auditoría de procesos de gestión, entre otros.
 11. **ACCIÓN CORRECTIVA.-** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
 12. **ACCIÓN PREVENTIVA.-** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseada.
 13. **ACTO MÉDICO.-** Toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
 14. **CALIDAD DE LA ATENCIÓN.-** Expresa una situación deseable de la atención de salud que se alcanza por la presencia de ciertas características o cualidades en la atención (que se denominan atributos de calidad, en sus 3 dimensiones: técnica, humana y de entorno) y por el cumplimiento de dispositivos legales, documentos normativos, requisitos y estándares pertinentes.
 15. **CAUSA.-** Razón o motivo fundamental que ocasiona la condición, y que para la auditoría se relaciona al incumplimiento del *criterio*. Sólo se podrá incluir en la redacción de los Hallazgos en una Auditoría de Caso, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento.
 16. **CONCLUSIÓN.-** Juicio de carácter profesional, basado en hechos objetivos y probados, y el desarrollo de la ciencia y la tecnología de la salud, aplicados a la auditoría realizada.
 17. **CONDICIÓN.-** Descripción del hallazgo, situación irregular o deficiencia encontrada, cuyo grado de desviación debe ser demostrado con evidencia objetiva. *Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.*
 18. **CONSENTIMIENTO INFORMADO.-** Es la autorización expresa que el paciente o su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, otorga al profesional de la salud respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, además de los beneficios. Por lo tanto, solo después del conocimiento de esta información el paciente o su representante legal suscribe y autoriza la intervención o procedimiento, junto con el profesional responsable. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según los artículos 4° y 40° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Asimismo, tener en consideración que las disposiciones legales vigentes reconocen también el Asentimiento Informado, que es la aceptación de los menores a ser sujetos del acto médico, procedimiento o intervención, con información proporcionada a ellos según su nivel de comprensión, y a sus padres o representantes legales.
9. **CRITERIO.-** Es aquel dispositivo legal, documento normativo, disposición, parámetro o requisito, basado en evidencias científicas, que ha sido vulnerado o incumplido, y que



genera que se afecte la calidad de atención. Durante el proceso de auditoría sirve para contrastar la atención de salud. Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.

20. **EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL REGISTRO.**- Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros de las atenciones de salud brindadas y en los formatos que forman parte de la Historia Clínica; incluye los registros médicos, de enfermería, de obstetricia, de odontología, de tecnología médica, y otros, según corresponda. Constituye una de las herramientas para la Auditoría de Gestión Clínica.
21. **ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**- Entiéndase por establecimientos de salud aquellos que realizan, actividades de prevención, promoción, recuperación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.
22. **EVENTO ADVERSO.**- Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
23. **EVENTO CENTINELA.**- Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
24. **EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA.**- Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.
25. **FUENTES PARA AUDITORÍA.**- Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia. Además se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.
26. **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.**- Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.
27. **HALLAZGOS DE AUDITORÍA.**- Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.
28. **HISTORIA CLÍNICA (HC).**- Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente. La información contenida en la misma, debe corresponder al registro veraz y completo de la atención, y a la apreciación clínica del estado de salud del paciente.
29. **INCIDENTE.**- Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
30. **INFORME FINAL DE AUDITORÍA.**- Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.
31. **MÉDICO TRATANTE.**- Es el profesional médico que maneja el problema del paciente, conduce el diagnóstico y tratamiento. En aquel establecimiento en el que hubiere un grupo



M. MALLOQUI O.



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

32. **NO CONFORMIDAD.-** Incumplimiento de un criterio en auditoría.
33. **PLAN ANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.-** Constituye el documento en el cual se establece la relación de actividades de auditoría que a lo largo del año serán desarrolladas por las diferentes unidades o comités de auditoría, en coordinación con la Oficina de Gestión de la Calidad del establecimiento o su equivalente (Ver Anexo N° 4).
34. **RECOMENDACIONES.-** Constituyen las propuestas o sugerencias que hace el Comité de Auditoría, orientadas a la adopción de las acciones tendientes a mejorar o superar las condiciones de los hallazgos en la Auditoría, mediante acciones correctivas y/o preventivas. Las recomendaciones deben responder el *qué*, el *quién*, y el *cuándo* respecto a las propuestas planteadas.
35. **RIESGO.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
36. **SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO.-** Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento, con o sin internamiento según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tiene por finalidad coadyuvar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas clínicos.
37. **SUMILLA.-** Título que resume el hallazgo. *Es parte de la estructura de la redacción de cada uno de los Hallazgos en una Auditoría.*



M. MALLOUO.



ANEXO N° 2
MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN EN SALUD
(Auditoría Programada)

Auditoría N° -XXXXX-20...

A : Director del Hospital
De : Equipo Auditor
Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud brindada al paciente XX
N° XX historia clínica del servicio XX.
Referencia :
Fecha del Informe :

1. ANTECEDENTES: Se deben consignar en forma cronológica los hechos que dan origen (la atención brindada, auditorías anteriores sobre el mismo caso y otros).
2. ORIGEN DE LA AUDITORÍA: Indicar qué documento originó la realización de la auditoría.
3. TIPO DE AUDITORÍA: clasifica a la Auditoría según el numeral 5.5.
4. ALCANCE DE LA AUDITORÍA: Señalar el ámbito o delimitación en el cual se realiza la auditoría (Ej. atención brindada al paciente XX, en el establecimiento XX del día/mes/año al día/mes/año)
5. METODOLOGÍA: Describir la metodología seleccionada para la realización de la investigación.
6. INFORMACIÓN CLÍNICA: Resumen de la información concerniente a las atenciones asistenciales dadas al usuario en base a la historia clínica, registros asistenciales u hospitalarios y los informes del personal asistencial o administrativo que participó en la atención del paciente.
7. HALLAZGOS: Se consignan las no conformidades identificadas en la Auditoría, al analizar la atención brindada al paciente, en función de la información que sustente el mejor proceder según los conocimientos científicos, el avance tecnológico disponible y las conductas éticas recomendadas. Cada hallazgo deberá redactarse en forma narrativa, teniendo en cuenta para su presentación los aspectos siguientes:



- *Sumilla.*
- *Condición.*
- *Criterio.*

8. **CONCLUSIONES:** La primera conclusión es sobre la calidad de la atención y las siguientes sobre las no conformidades encontradas en orden jerárquico de importancia.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Sello, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.

11. ANEXOS



ANEXO N° 3

MODELO GENERAL DE INFORME DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN EN SALUD

(Auditoría de Caso)

Auditoría N° - -201...

A : Director del Hospital
De : Equipo Auditor
Asunto : Auditoría de la Calidad de Atención en Salud (Auditoría de Caso)
brindada al paciente XX con N° XX historia clínica del servicio XX.
Referencia :
Fecha del Informe :

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

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

- *Sumilla.*
- *Condición.*
- *Criterio.*



Sólo cuando se trate de una Auditoría de Caso, se podrá incluir además la *causa*, siempre y cuando exista la evidencia irrefutable o el debido sustento para los mismos.

Al término del desarrollo de cada *hallazgo*, se indicarán de modo sucinto los descargos presentados por las personas comprendidas en la misma; así como la opinión del auditor después de evaluar los hechos observados y los descargos recibidos.

8. **CONCLUSIONES:** Describen como resultado final del caso analizado y en concordancia con la descripción de hechos expuestos, se establece la correspondencia con los criterios de evaluación utilizados así como también se señala al personal que participó en los hechos descritos. En todos los casos el auditor se abstendrá de emitir juicios de valor, limitándose sólo a señalar al personal que participó en los diferentes eventos descritos.
9. **RECOMENDACIONES:** Describe, las acciones correctivas a adoptar y/o procesos que requieran ser modificados o mejorados, en concordancia con el análisis y las conclusiones emitidas.
10. **FIRMAS:** Registrar al pie del Informe: Nombre, Selio, N° de colegio profesional de los miembros del Comité o Equipo de Auditoría que participaron.
11. **ANEXOS:** Se consigna la codificación de la Auditoría, el número de HC y el personal involucrado en el proceso de atención, según lo indicado en el numeral 6.6.13. de la presente NTS.



M. MALQUIO.



ANEXO N° 4

MODELO DEL PLAN DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1. **Introducción:** Parte esencial del plan que contiene la explicación y justificación del mismo.
2. **Finalidad:** Describe el efecto o impacto que se quiere alcanzar con la aplicación del plan.
3. **Objetivos:** Describe los logros que se esperan alcanzar con la aprobación del plan. Pueden considerarse objetivos generales o específicos según corresponda los cuales deben servir para orientar la medición y el análisis de los resultados de su aplicación.
4. **Base Legal:** Precisa los dispositivos legales vigentes directamente relacionados con el plan y que sustentan su emisión.
5. **Ámbito de Aplicación:** Define los límites de aplicabilidad del plan.
6. **Actividades:** Acciones planificadas para el logro de los objetivos.
7. **Criterios de Selección y características de sus muestras** (por departamento/ área/ servicio en caso de Hospitales, Institutos, Redes y Microrredes).
8. **Comités de auditoría por hospitales/ departamentos/ servicios:** Relación de los comités de auditoría del (de los) hospital (es) o del (de los) servicio(s) médico(s) de apoyo, cada uno con el número de Resolución.
9. **Anexo:** Cronograma

