



**CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA**

**MANUAL DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL**

**PARTE N° XVI**

**GUIA DE AUDITORIA EN SALUD**

**PROYECTO BID/CGR**

**MANAGUA - NICARAGUA  
MAYO- 2009**

## INDICE

Introducción		1
I. Visión general de la Auditoría en Salud		2
1. Conceptos básicos de Auditoría en Salud		2
2. Objetivos		2
3. Base legal		2
4. Naturaleza de la Auditoría en Salud		3
5. Clasificación de las Unidades de Salud		3
5.1 Hospitales		4
5.2 Sistema de Provisión de Servicios		4
6. Normas de Auditoría Gubernamental		5
7. Técnicas de Auditoría		6
8. Procedimientos de Auditoría		7
II. Proceso de Auditoría		8
1. Fase I Planeación		9
1.1 Planeación Previa		9
1.2 Planeación Específica		10
1.3 Programas de auditoría		12
2. Fase II Ejecución de la Auditoría		16
2.1 Evidencia		16
2.2 Indicadores		17
2.3 Papeles de Trabajo		19
3. Fase III Informe de Auditoría		20
3.1 Estructura bajo enfoque de Auditoría Operacional		20
3.2 Estructura bajo enfoque de Auditoría Especial		22
III. Anexos		
1. Formularios para Información Básica		25
1.1 Ficha Resumen		26
1.2 Datos Generales del Centro		27
1.3 Personal de la Unidad de Salud		28
1.4 Personal médico y de enfermería		30
1.5 Personal para atención médica		30
1.6 Datos de capacidad y atención		31
2. Cuestionarios de Control Interno		32
2.1 Área de Medicación		32
2.2 Área de Centros de Consumo		38
2.3 Área de Servicios de Apoyo		42
2.4 Formas de organización y gestión		49
2.5 Adecuación de los recursos físicos		50
2.6 Cumplimiento del Reglamento de Hospitales		51
2.7 Control de Operaciones		84
3. Revisión de Historia Clínica		91

4.	Cédulas para medir rendimiento	93
4.1	Hospitalización	93
4.2	Horas de consulta externa	93
4.3	Bloque quirúrgico	94
4.4	Datos de internación	94
4.5	Pruebas complementarias	95
4.6	Efectividad de Laboratorio patológico	96
4.7	Diagnóstico por imágenes	97
4.8	Laboratorio Clínico	98
4.9	Efectividad de atención listas de espera	99
4.10	Espera de radiología y laboratorio	100
4.11	Espera de para pruebas especiales	100
5.	Indicadores de Gestión	101
5.1	Indicadores de Calidad	101
5.2	Indicadores de Eficiencia	101
5.3	Indicadores de Productividad	102
5.4	Indicadores Económicos	102
	Glosario de Términos	103

## INTRODUCCION

De acuerdo con las definiciones del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud establecidas por el Ministerio de Salud (MINSA), la auditoría de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades o de sus formas de expresión, se entiende y tiene sentido únicamente en función del mejoramiento de la calidad de las organizaciones.

El artículo Arto. 43 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República establece que la Auditoría Gubernamental consiste en un examen objetivo, sistemático y profesional de las operaciones u actividades o de ambas a la vez, practicado con posterioridad a su ejecución, con la finalidad de verificarlas, evaluarlas y elaborar el correspondiente informe que debe contener comentarios, conclusiones y recomendaciones.

La auditoría gubernamental comprende principalmente auditorías financieras, de cumplimiento, operacionales, integrales, especiales, informática, ambientales, forense, de gestión y de cualquier otra clase en las entidades y organismos sujetos a su control, ya sea individualmente o agrupados en el sector de actividad pública objeto de la auditoría de acuerdo con las Normas de Auditoría Gubernamental de Nicaragua (NAGUN).

Bajo este contexto la Contraloría General de la República desde los años 90 ha realizado auditorías a los procesos de atención en salud de las unidades prestadoras de servicios de salud, contando para su ejecución con Auditores Médicos dentro del personal técnico de la institución.

La Auditoría en salud médica en la Auditoría Gubernamental evalúa de manera integral el conjunto de servicios que se proporcionan por un profesional de la salud o un establecimiento proveedor de servicios de salud, con el fin de verificarlos, evaluarlos y elaborar el correspondiente informe que debe contener comentarios, conclusiones y recomendaciones, así como determinar la eficacia, economía y eficiencia y el uso apropiado de los recursos.

Es integral por cuanto considera que los resultados de la atención en salud no dependen únicamente de los profesionales médicos, sino que debe considerarse el equipamiento médico, la cantidad y calidad de los insumos médicos, las áreas soporte, entre otros; lo que la distingue de las auditorías médicas ejecutadas por el Ministerio de Salud.

Esta Guía de Auditoría proporciona una metodología general básica, que ayude en el desenvolvimiento del trabajo de campo de las Auditorías en salud Médica, definiendo los aspectos que deben ser considerados en la realización de este tipo de auditoría; que sirva de guía a los auditores gubernamentales que examinan el conjunto de servicios que brindan los proveedores de salud.

## **I. VISION GENERAL DE LA AUDITORIA EN SALUD**

### **1. Conceptos básicos de Auditoría en Salud Médica**

La Auditoría en Salud Médica en la Auditoría Gubernamental, consiste en la evaluación del conjunto de servicios que se proporcionan por un profesional de la salud o un establecimiento proveedor de servicios de salud, con el fin de verificarlos, evaluarlos y elaborar el correspondiente informe que debe contener comentarios, conclusiones y recomendaciones

Es entendible que para poder ejercer este tipo de oficio, necesariamente se tiene que ser médico, quizás con características muy especiales tales como conocimientos de auditoría, y para el caso de las auditorías en salud realizadas por la Contraloría General de la República, las Normas de Auditoría Gubernamental de Nicaragua (NAGUN).

### **2. Objetivos**

El objetivo primordial de la Auditoría es determinar el nivel de gestión de los procesos y servicios, valorar los factores que inciden sobre la buena marcha de los mismos, así como determinar la eficacia, economía y eficiencia y el uso apropiado de los recursos.

#### **Objetivos Específicos**

Los objetivos específicos son:

- a) Analizar la gestión y provisión de los diferentes procesos y servicios con el propósito de determinar los niveles de eficacia, economía y eficiencia en la atención prestada.
- b) Evaluar el uso de los recursos humanos y materiales utilizados en la gestión en salud y los procesos de atención en la prestación de servicio
- c) Verificar el cumplimiento a las disposiciones legales, normativas y reglamentarias

### **3. Base Legal**

El marco legal en el que se realiza una auditoría al sistema de salud son:

- a) Constitución Política de Nicaragua
- b) Ley Orgánica de la Contraloría General de la República. (Ley 681)
- c) Normas de Auditoría Gubernamental de Nicaragua, noviembre de 2008
- d) Ley General de Salud, (Ley No. 423, Gaceta No. 91 del 17 de Mayo del 2002)

- e) Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud, publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del 10 y 13 de Enero del 2003
- f) Ley General de Seguridad Social
- g) Normas Técnicas de Control Interno 2004
- h) Ley de medicamentos y farmacias, y su correspondiente reglamento y reformas
- i) Leyes, Normativas y regulaciones aplicables a los servicios prestadores de salud

#### 4. Naturaleza de la Auditoría en Salud

La Auditoría en Salud en dependencia de los objetivos que persiga, puede ser de tipo:

- a) Operacional o de Gestión si se trata de determinar el grado de efectividad, economía y/o eficiencia de los servicios y operaciones realizadas por las Unidades de Salud.
- b) Especial si está limitada a un área del establecimiento proveedor de salud a auditarse, de las cuales podemos citar entre otros:
  - i) Auditoría Especial de insumos médicos
  - ii) Auditoría Especial de Expedientes médicos
  - iii) Auditoría Especial de Seguimiento a recomendaciones del Comité de Auditoría
  - iv) Auditoría Especial sobre equipamiento médico

#### 5. Clasificación de las Unidades de Salud

La Norma 013 “Manual de habilitación de establecimientos proveedores de servicios de salud” Managua, Noviembre – 2008 emitida por el Ministerio de Salud clasifica de acuerdo a su naturaleza y tipo de régimen, los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, los que a su vez se clasifican en comunitarios, ambulatorios, hospitalización y otros, según se detalla a continuación:

<b>Clasificación</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
<b>Comunitarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casa Base</li> <li>• Casa Materna</li> </ul>	
<b>Ambulatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puesto de Salud Familiar y Comunitario</li> <li>• Centro de Salud</li> <li>• Policlínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultorio</li> <li>• Clínica</li> <li>• Centro de Rehabilitación Física</li> <li>• Centro de Rehabilitación de Adicciones</li> </ul>

<b>Hospitalización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Primario</li> <li>• Hospital Departamental</li> <li>• Hospital Regional</li> <li>• Hospital con servicios de referencia Nacional</li> <li>• Instituto Nacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Médico Quirúrgico</li> <li>• Hospital General</li> <li>• Hospital de Especialidades</li> </ul>
<b>Otros</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio Clínico</li> <li>• Laboratorio Clínico Especializado</li> <li>• Laboratorio de Anatomía Patológica</li> <li>• Laboratorio de Mecánica Dental</li> <li>• Ópticas</li> <li>• Laboratorio de Fabricación de Lentes</li> <li>• Centros de Diagnóstico</li> </ul>

### 5.1 Hospitales

El hospital es una unidad de servicios responsable de la provisión de servicios de salud de la más alta complejidad, en él están identificados los siguientes procesos:

1. Gerencia de servicios de salud.
2. Planificación local.
3. Gestión descentralizada de la información.
4. Gestión descentralizada de la aplicación a las normas, manuales, procedimientos y disposiciones emitidas por el órgano rector.
5. Gestión de financiamiento.
6. Abastecimiento de bienes y servicios.
7. Gestión de conservación y mantenimiento.
8. Gestión de recursos humanos.
9. Control operativo local.
10. Comunicación para la salud.

### 5.2 Sistema de provisión de servicios:

1. Producción de servicios hospitalarios.
  - a. Hospitalización.
    - i. Hospitalización médica.
    - ii. Hospitalización Quirúrgica.
  - b. Servicios ambulatorios:
    - i. Emergencias:
    - ii. Consulta externa:

2. Producción de servicios de apoyo:
  - a. Producción de servicios de apoyo médico:
    - i. Laboratorio.
    - ii. Farmacia.
    - iii. Central de equipos.
    - iv. Rehabilitación.
    - v. Imaginología
    - vi. Psicología
    - vii. Trabajo social
  - b. Producción de servicios de apoyo administrativos.
    - i. Lavandería.
    - ii. Adquisiciones.
    - iii. Almacenaje.
    - iv. Nutrición.
    - v. Transporte.
    - vi. Vigilancia.
    - vii. Mantenimiento.

## **6. Normas de Auditoría Gubernamental**

En dependencia de la naturaleza o enfoque de la auditoría a realizar se deberá tomar en consideración las Normas de Auditoría Gubernamental en las que las NAGUN 2.20 A 2.90 señalan los criterios, procedimientos relacionados con el proceso de auditoría.

El proceso de auditoría debe realizarse observando las Normas de Auditorías Gubernamental de Nicaragua que en el grupo 2. Normas generales relacionadas con el trabajo de auditoría establecen los criterios técnicos generales aplicables a todo tipo de auditoría, que permitan una apropiada planificación de la auditoría en entidades sujetas al control y fiscalización por parte de la Contraloría General de la República; estas Normas se refieren a: Planificación general, planificación específica, documentación, debido proceso, e informe.

Además dichas Normas contienen en el grupo 4 de normas enunciados específicos que regulan la práctica de la auditoría operacional y las actividades de las fases de auditoría y el grupo 6 las normas relativas a la auditoría especial, las que habrán de aplicarse en dependencia del enfoque y objetivo de la Auditoría en Salud a realizar.

Adicionalmente, se debe considerar los criterios básicos de auditoría Gubernamental contenidos en la Parte I de este Manual que orienta los procedimientos básicos de auditoría gubernamental, a los que habrá de agregar los procedimientos específicos al tipo naturaleza del enfoque de la auditoría a realizar contenidos en las partes de este Manual referidas a las auditorías operacionales o Especiales:

ENFOQUE DE AUDITORIA	NAGUN	MAG y/o GUIAS
Auditoría Operacional o de Gestión Planeación Ejecución Informe	NAGUN 4.10 NAGUN 4.20 NAGUN 4.30	Parte III, Capítulo IX Capítulo X Capítulo XI
Auditoría Especial Planeación Ejecución Informe	NAGUN 6.10 NAGUN 6.20 NAGUN 6.30	Parte V, Capítulo XV Capítulo XVI Capítulo XVII

## 7. Técnicas de auditoría

Las técnicas de auditoría son los métodos prácticos de investigación y prueba que utiliza el auditor para obtener la evidencia necesaria que fundamente su opinión y conclusión. El empleo de ellas se basa en su criterio o juicio profesional, según las circunstancias. Entre las principales técnicas relacionadas con los procedimientos diseñados para la utilización en la Auditoría Gubernamental se enuncian las siguientes

- Oculares: Observación
- Verbales: Encuestas, cuestionarios
- Físicas: Observación, Inspección, utiliza técnicas combinadas de investigación, observación, comparación, análisis y comprobación.
- Documentales: Estudio General, Investigación, Confirmación, Conciliación, Rastreo, Confirmación,
- Analíticas: Comparación, Cálculo, Comprobación, Certificación, Tabulación, Conciliación, Declaración,

Una herramienta utilizada en Auditoría en Salud es la lista de chequeo de procedimientos, requisitos, cumplimiento de normativas que en forma de cuestionarios permite revelar la situación actual y contribuye a la planeación previa de la auditoría por parte del auditor médico, y además constituye evidencia de posibles hallazgos de la auditoría. Los puntos y/o preguntas a considerar en la lista de chequeo o cuestionario, deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe traducir exactamente la información que desea encontrar
- Debe permitir evidenciar las respuestas

- Debe permitir dirigir la pregunta hacia el actor específico del sistema auditado que está relacionado con esa categoría de la investigación
- Debe ser transparente y claro en cuanto a su intencionalidad de investigación.

En conjunto las técnicas de auditoría, son los recursos que el Auditor emplea en el examen y evaluación de las operaciones o actividades de una entidad, para llegar a conclusiones y recomendaciones, tales como: Analizar, comparar, comprobar, computar, conciliar, confirmar, indagar, inspeccionar, observar, muestrear, rastrear, fotografiar, grabar, filmar.

## **8. Procedimientos de auditoría**

Los procedimientos de auditoría suministran al auditor elementos de juicio para fundamentar su opinión, en relación con los objetivos planteados, por lo que deben ser **aplicables** y **razonables**. Esto le permitirá decidir si contará con evidencia suficiente y competente.

Deben ser **oportunos**, la ejecución de los procedimientos de auditoría debe realizarse en el momento adecuado, tanto para el auditor como para el auditado, pues no resulta conveniente que se ejecuten en momentos de mayor complejidad.

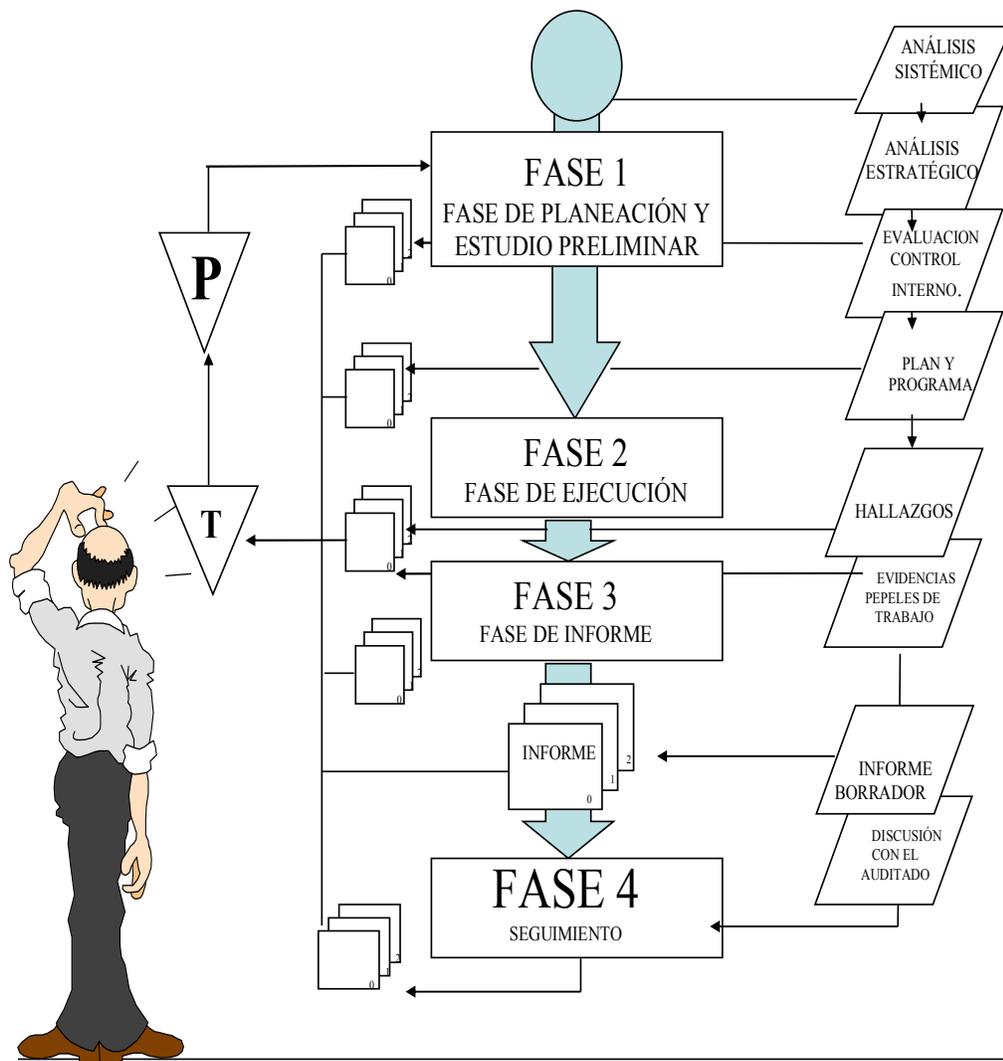
La naturaleza, oportunidad y extensión de los procedimientos depende de la evaluación preliminar del control interno, las afirmaciones de los estados financieros e informes operativos y estadísticos, y fundamentalmente del juicio profesional del auditor.

## II. PROCESO DE AUDITORIA MEDICA

El método general para realizar una Auditoría en Salud es similar al utilizado en los otros tipos de auditorías, está dado por unas normas, unas técnicas, y unos procedimientos que se desarrollan mediante programas de trabajo.

Todo trabajo de auditoría, cualquiera que sea su objetivo se divide en tres grandes partes a saber: estudio y planificación; ejecución del examen; e informe.

Llevar a cabo una auditoría implica una serie de pasos a cumplimentar que, bien sabemos, pueden diferir según las circunstancias particulares en cada caso. Sin embargo, y sin perjuicio de si la Auditoría en Salud se realiza en el marco de una auditoría operacional o una auditoría especial, usualmente se verifican tres etapas como son: Planeación, Ejecución e Informe.



## 1. Fase I. - Planeación de la Auditoría

**Planificación de la Auditoría:** Es el momento más importante de la auditoría ya que de realizarse adecuadamente garantiza el éxito de los procedimientos, y comprende los siguientes pasos:

### 1.1 Planeación previa

En la etapa de planeación previa el Auditor debe considerar:

- a) Para trabajos continuos, el auditor actualizaría y reevaluaría la información reunida previamente, incluyendo información de los papeles de trabajo de períodos anteriores, el expediente continuo de auditoría. También desempeñaría procedimientos diseñados para identificar cambios importantes que hayan tenido lugar desde la última auditoría.
- b) El Auditor Médico puede obtener un conocimiento de la entidad de un número de fuentes.

Por ejemplo:

- Experiencia previa con la entidad.
- Entrevistas con personas de la entidad (por ejemplo, directores, y personal operativo).
- Entrevistas con personal de auditoría interna y revisión de dictámenes de auditoría interna.
- Entrevistas con miembros del Comité de Garantía de la Calidad y diferentes sub comités existentes en la unidad a auditarse.

El equipo auditor determinará la relación de documentos que requerirá para la realización de la auditoría lo que incluirá entre otros a los protocolos y guías de atención clínica y a la evidencia médica más relevante y disponible sobre los casos que se auditará. También determinará la documentación a solicitar al sistema auditado para realizar la auditoría.

### 1.2 Planeación Específica

Comprende el desarrollo de la estrategia y la planificación detallada del trabajo a realizar; deberá abarcar, como mínimo, las tareas que seguidamente se detallan, las que deberán ser complementadas, de corresponder, en cada caso:

La Planificación detallada comprende:

### 1.2.1 Estudio de la entidad.

Comprende el conocimiento básico de la Unidad a auditarse, relacionado con los servicios que ofrece, estructura organizativa, niveles de atención, etc. El anexo 1 muestra formularios de levantamiento de información general.

### 1.2.2 Evaluación de control interno.

La Evaluación del control interno estará dirigida a las áreas médicas, ruta crítica y áreas de apoyo de la atención en la Unidad a auditarse, lo que en un hospital podría comprender el control de insumos médicos y no médicos, condiciones y equipamiento, cumplimiento de normas; entre otros. Los siguientes son ejemplos de áreas de control de insumos:

#### a) Áreas de Centros de consumo

- Sala de operaciones
- Central de equipos
- Laboratorio clínico y patológico
- Rayos X
- Odontología

#### b) Áreas de Medicación

- Bodega
- Farmacia

#### c) Áreas de Apoyo

- Lavandería
- Cocina y Alimentación hospitalaria
- Limpieza hospitalaria y quirófanos
- Procedimientos para compras
- Epidemiología

El Anexo 2 contiene modelos de Cuestionarios para el levantamiento de información sobre cumplimiento de funciones, normas y regulaciones de las áreas antes anotadas, que el Auditor Médico podrá ajustar de acuerdo al alcance de su examen.

### 1.2.3 Determinación de la importancia, representatividad y riesgo.

En base a los resultados de la evaluación del control interno el Auditor Médico determinará los riesgos que le permitan determinar el alcance de las pruebas o en su caso (auditoría operacional) determinar las áreas críticas.

### 1.2.4 Seguimiento a recomendaciones y hallazgos de auditorías anteriores

Consiste en la revisión de los informes de auditorías realizadas por la CGR e identificar las recomendaciones dadas.

De igual forma comprende la identificación de las recomendaciones dadas por el Comité de garantía de la Calidad de la unidad a auditarse, ya sea de Auditorías de Expedientes clínicos como de Auditorías de casos.

### 1.2.5 Determinación del alcance y estrategia de la auditoría.

La evaluación del riesgo, consiste en la identificación y el análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos, y sirve de base para determinar cómo han de ser gestionados. Por ende, el establecimiento de los objetivos de la entidad, es una condición subsiguiente a la evaluación de los riesgos; esta actividad (el establecimiento de objetivos), es una fase clave de los procesos de gestión, y si bien no constituye estrictamente un componente del control interno, constituye un requisito previo para garantizar el funcionamiento del mismo.

La determinación de la naturaleza, alcance y oportunidad de los procedimientos de auditoría, así como la evaluación del resultado de dichos procedimientos deben basarse entre otros aspectos en el concepto de riesgo de auditoría. Para tal efecto se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Los riesgos inherentes y de control existen en forma independiente de la auditoría, la función del auditor gubernamental consiste en evaluarlos adecuadamente, lo cual en la práctica puede hacerse en forma independiente o combinada. En el caso del riesgo de control el auditor debe aplicar las pruebas de cumplimiento necesarias para probar los controles en los que depositará su confianza.
- Por el contrario, el riesgo de detección lo establece el auditor gubernamental al determinar la naturaleza, alcance y oportunidad de los procedimientos de auditoría, es decir, que este riesgo está bajo su control, mientras que los otros dos tipos de riesgo no.

El auditor médico definirá la muestra y alcance de la auditoría a realizar.

### 1.3 Programas de Auditoría

Las NAGUN establecen la obligatoriedad de elaborar programas de auditoría

#### **NAGUN 2.40 PROGRAMAS DE AUDITORÍA**

*El auditor gubernamental y los servidores públicos que ejercen labor de auditoría, para cada auditoría desarrollarán y documentarán programas de auditoría que tomen en cuenta los resultados de la evaluación del control interno y que describan los objetivos y procedimientos para las principales cuentas de control contable o ciclo de actividades, áreas a examinar, naturaleza, oportunidad y alcance de los procedimientos de auditoría planeados.*

Por cada auditoría se deben elaborar Programas de Auditoría y para cada área a examinar. El Programa de Trabajo que debe contener lo siguiente:

- Objetivos: relacionados con el área objeto de estudio
- Procedimientos que describan la metodología, pruebas y demás procedimientos a aplicar, tales como:
  - Evaluación del control interno del área
  - Aplicación de indicadores de rendimiento
  - Pruebas de cumplimiento
  - Pruebas sustantivas.

La responsabilidad de la elaboración de los respectivos programas corresponde al Auditor Médico.

Los programas de auditoría deben ser lo suficientemente flexibles para introducir modificaciones, mejoras y ajustes acordados por el Auditor Médico en concordancia del Auditor encargado del equipo y el supervisor, durante la ejecución de la auditoría y debidamente soportados y autorizados.

Ejemplos de procedimientos:

#### **1.3.1 Análisis del expediente clínico**

- Verificar la utilización del Sistema Médico Orientado al Problema de acuerdo a la Norma y Guía de Manejo del Expediente Clínico.
- Verificar la aplicación de los conocimientos científico – técnicos basados en el cumplimiento de las normas y protocolos de atención médica emitidas por el Ministerio de Salud.
- Analizar la oportunidad de la toma de decisiones.

- Determinar el grado de cumplimiento de las indicaciones diagnósticas y terapéuticas.
- Identificar la existencia de planes de cuidados de enfermería y su cumplimiento.
- Valorar la necesidad de ampliación de la información a través de entrevistas e inspecciones in situ.

El Anexo No. 3.1 muestra un modelo de cédula para verificar cumplimiento de los requisitos que deben reunir los expedientes clínicos según normativas establecida por el MINSA.

### **1.3.2 Verificación del equipamiento de las áreas**

La revisión principalmente puede estar dirigida a verificar el equipamiento y funcionamiento de las diversas áreas de la Unidad de salud a auditarse, en base al marco de referencia vigente (manual de habilitación); por ejemplo en caso del área de emergencia el programa puede incluir la comprobación de que dicha área dispone de:

- a. Sala de espera
- b. Estación de camillas y silla de rueda
- c. Admisión
- d. Consultorio Integral
- e. Área de procedimientos
- f. Cuarto de yeso en donde corresponda
- g. Área de choque: área de ducha de pacientes en camilla
- h. Estación de enfermería
- i. Observaciones
- j. Área de nebulización
- k. Área de rehidratación oral
- l. Área de aseo.
- m. Área sucia
- n. Área de descanso para personal, (donde se atiende las 24 horas del día).

El anexo 2.2 muestra modelos de cuestionarios de control para verificación del equipamiento que debe contener las áreas de ruta crítica y otras, de los cuales el Auditor Médico puede considerar en su verificación y ajustar dichos cuestionarios, una vez elegidas las áreas de examen.

## **2. Fase II - Ejecución de la Auditoría**

El proceso de Ejecución de la Auditoría consiste en la aplicación de los programas de auditoría, obtención de evidencias y documentación de las conclusiones que se revelen en los informes de auditoría, garantizando el debido proceso de auditoría en cumplimiento de los preceptos constitucionales que tutelan los derechos de los auditados (ver Capítulo III parte I de este Manual en la sección B numeral 4).

### **2.1 Evidencia**

Las Normas de Auditoría Gubernamental en la NAGUN 2.50 “Normas sobre ejecución del trabajo”, establecen y proporciona lineamientos sobre la cantidad y calidad de evidencia de auditoría que se tiene que obtener para documentar los resultados de auditoría, así como para su archivo y resguardo adecuado.

La “Evidencia de Auditoría”, se obtiene de una mezcla apropiada de pruebas de control y de procedimientos sustantivos.

Para que una evidencia sea considerada válida deberá, a juicio del auditor y servidores públicos que ejercen labor de auditoría, cumplir los requisitos básicos de suficiencia, competencia y pertinencia y en los sistemas de salud se categorizan en:

- a) clínicamente relevantes y consistentes con pequeñas excepciones;
- b) están exentos de dudas acerca de su generalización,
- c) con sesgo o defectos en el diseño.
- d) con resultados negativos

Para toda evaluación los auditores médicos deberán disponer entre otras de la siguiente información y/o documentación:

- Expediente clínico.
- Documentos relacionados con existencias de insumos médicos
- Equipamiento de las áreas
- Planes de mantenimiento de equipo médico
- Entrevistas necesarias.
- Inspecciones in situ.

## 2.2 Indicadores

Para la obtención de evidencias en el desarrollo de los programas de auditoría el Auditor Médico puede auxiliarse aplicando indicadores que le permitan conocer el desempeño de las áreas o procesos que esté auditando:

Se refieren a mediciones cuantitativas y cualitativas de cuál es el nivel que se considera como deseado o esperado, de una actividad. Estos se determinaron cuando se elaboraron los criterios de auditoría.

Las fuentes de estos indicadores son:

- Leyes, reglamentos o normas emitidas por el Ministerio de Salud
- Presupuesto y Plan de acción (metas de la administración)
- Estadísticas de la unidad auditada
- Indicadores de rendimiento históricos

Los Indicadores son variables que intentan medir u objetivar de forma cuantitativa y cualitativa sucesos sobre la gestión, que proporcionan al ente o al auditor un indicio sobre el grado de eficiencia, economía y efectividad de la ejecución de las operaciones.

Permiten obtener información en el tiempo de los atributos e impacto de un producto como también de las características de los procesos.

Constituyen el punto de partida del ciclo de la planificación, permiten respaldar acciones políticas, logros y metas, y son importantes para la toma de decisiones efectivas que contribuyan a mejorar la gestión y ofertar un servicio de alta calidad.

### 2.2.1 Criterios para identificar y seleccionar un indicador

La selectividad e importancia proporcionan información de las variables claves del proceso, producto o sistema.

Los criterios para identificarlos son:

- Simples y claros. Deben ser simples como comprensibles.
- Representativos. La capacidad de demostrar sobre una amplia visión, las importantes y críticas etapas de un proceso. Los datos importantes deben ser precisos.
- Investigables. Fácil de investigar los datos.
- Comparables: Ser fácilmente comparables con las propias referencias.
- Estabilidad: procedimiento generados sistemáticamente y constantemente.
- Relación Costo efectividad: Diseñados para ser económicamente efectivo. El beneficio en relación al costo, deberá satisfacer los niveles de aspiración.

### 2.2.2 Los criterios para selección de indicadores son:

- Identificar el proceso
- Identificar actividades críticas a medir
- Establecer metas de desempeño o estándares
- Establecer medición de desempeño
- Identificar las partes responsables
- Coleccionar los datos
- Analizar y reportar el actual desempeño
- Comparar el actual desempeño con las metas o estándares
- Determinar si las acciones correctivas son necesarias
- Hacer cambios para traer el proceso a la línea de las metas o estándares
- Determinar si nuevas etapas o nuevas medidas son necesarias

A continuación se presentan algunos indicadores que pueden utilizarse en los procesos de Auditoría en Salud:

El anexo No. Muestran los ejemplos de indicadores.

#### a) **Porcentaje de historias clínicas auditada con conformidad:**

$$\frac{\text{Número de expedientes clínicas auditados con conformidad en el periodo}}{\text{Total de expedientes clínicos auditados}} \times 100$$

#### b) **Porcentaje de casos auditados que cumplen con protocolos o guías de atención clínica:**

$$\frac{\text{Nº de casos auditados que cumplen con protocolos o guías de atención clínica}}{\text{Total de casos auditados}} \times 100$$

#### c) **Porcentaje de recetas revisadas que cumplen los requisitos**

$$\text{Porcentaje de recetas} = \frac{\text{Número de recetas a conformidad}}{\text{Total de recetas revisadas}} \times 100$$

#### d) **Disponibilidad del Insumo2**

Sumatoria de la existencia del insumo en el almacén más la existencia del insumo en la farmacia a la fecha de corte: Existencia del insumo en almacén, farmacia indistintamente de la fuente de adquisición (salidas de farmacia) del insumo en un período determinado

## 2.3 Papeles de Trabajo

Los papeles de trabajo de una auditoría gubernamental constituyen el soporte del trabajo llevado a cabo por el auditor, contienen los comentarios, conclusiones y recomendaciones incluidos en su informe; así como las evidencias del cumplimiento del debido proceso de auditoría.

Los papeles de trabajo vinculan la labor realizada por el auditor durante las etapas de planeamiento y ejecución de la auditoría con el producto final de la misma, el informe de auditoría.

Las Normas de Auditoría Gubernamental en la norma NAGUN 2.50 - B Archivo de papeles de trabajo indican lo siguiente:

Los papeles de trabajo constituyen el vínculo entre el trabajo de planeamiento y ejecución, y el informe de auditoría; por tanto, deberán contener la evidencia necesaria para fundamentar los hallazgos, opiniones y conclusiones que se presenten en el informe.

Los papeles de trabajo deben cumplir con los requisitos de elaboración, presentación y archivo que se orientan en la en parte I de este manual, Capítulo III “Proceso de Auditoría, sección B numeral 2.

El archivo de los papeles de trabajo de la Auditoría en Salud puede ser el siguiente:

2.3.1 Papeles generales: ver guía en parte I de este manual, Capítulo III “Proceso de Auditoría, sección B numeral 2.2

2.3.2 el Archivo de papeles específicos estará en dependencia del enfoque de la auditoría: Auditoría Operacional o Auditoría Especial:

- Auditoría Operacional: ver Parte III de este manual, Capítulo VI
- Auditoría Especial: ver parte V de este manual,

## 3. Fase III Informe de Auditoría

Uno de los objetivos de la realización de las auditorías es brindar el respectivo informe conteniendo los resultados, opiniones, observaciones, conclusiones y recomendaciones

### 3.1 Estructura del informe de auditoría bajo enfoque de Auditoría Operacional

En la elaboración del informe el auditor gubernamental deberá tener en cuenta la NAGUN 4.30, en los aspectos relacionados con el informe sobre los resultados de una auditoría operacional o de Gestión

El informe de auditoría operacional debe contener:

- a) **Los objetivos específicos** de la auditoría operacional en forma detallada para un cabal entendimiento del enfoque por parte de los usuarios y los antecedentes que dieron lugar a la realización de trabajo de auditoría.
- b) **El alcance del trabajo** realizado, señalando la profundidad y cobertura de la evaluación realizada para cumplir los objetivos de la auditoría. En la medida de lo posible, se debe establecer la relación existente entre la muestra revisada y el universo de operaciones ejecutadas por la entidad, identificar las dependencias evaluadas, la ubicación geográfica y el período examinado. También se debe incluir una referencia a las limitaciones de información o al alcance del trabajo, cuando está situación se presente.
- c) **La metodología de la auditoría**, explica claramente las técnicas empleadas para obtener y analizar la evidencia entregada por la administración y otra que sea necesaria para alcanzar los objetivos de la auditoría. Se describirán las técnicas de comparación utilizadas, los criterios e indicadores empleados, y cuando se haya aplicado el muestreo, explicar la forma en que se diseñó la muestra y las razones para su selección. Debe señalarse que el examen se realizó de acuerdo con las Normas de Auditoría Gubernamental de Nicaragua (NAGUN).

El informe de auditoría operacional debe desarrollar y exponer:

- a) **Los hallazgos** significativos que tengan relación con los objetivos de la auditoría. Incluirán información suficiente, competente y relevante de los hallazgos para facilitar la comprensión del informe por parte de los usuarios. También insertará la información sobre los antecedentes de cada hallazgo significativo para una mejor comprensión por parte de los usuarios directos y otros lectores.
- b) **Las conclusiones** producto de inferencias lógicas basadas en la información desarrollada en los hallazgos. La calidad de las conclusiones dependerá de lo persuasiva que resulte la evidencia que sustente los hallazgos y lo convincente de la lógica utilizada para formularlas individualmente.
- c) **Las recomendaciones** permiten eliminar las causas de las condiciones negativas detectadas y al sugerir mejoras a las actividades, áreas o procedimientos de unidad auditada, por lo tanto son de elevada importancia.
- d) **Las opiniones de la administración** deben ser evaluadas objetivamente y las opiniones pertinentes deben ser incluidas en el informe.

Informe sobre la evaluación de los controles internos administrativos y el cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y contractuales puede presentarse en un informe parcial independiente al concluir la fase de Estudio y Planeación con el propósito de obtener la aceptación de la administración de la Unidad auditada y ser oportunos.

El informe de Auditoría Operacional o de Gestión, debe revelar si los hallazgos resultantes podrían dar lugar a la determinación de responsabilidades lo que se deberá señalar en las conclusiones y efectos de cada hallazgo.

El informe de auditoría operacional, puede contener básicamente las siguientes partes:

- Síntesis o resumen del informe (Resumen ejecutivo)
- Información introductoria (Introducción)
- Resultados de la Auditoría (Capítulos individuales sobre hallazgos de auditoría)
- Anexos (cuando sean considerados necesarios)

### **3.2 Estructura del informe de auditoría bajo enfoque de Auditoría Especial**

#### **1. Estructura del informe de auditoría**

##### **a) Párrafo Introductorio:**

Se debe describir el objeto del examen, referido a las actividades puntuales de una entidad o de operaciones específicas de la entidad auditada.

##### **b) Antecedentes:**

En esta sección del informe se indica el origen de la revisión especial: Denuncia ciudadana, solicitud de la máxima Autoridad del MINSA, cumplimiento a una disposición expresa de Ley o bien, revisión de informe derivado de revisiones efectuadas por las Unidades de Auditoría Interna.

##### **c) Fundamento Legal**

En este apartado se describirá la Ley que faculta al ente ejecutor de la Auditoría a realizarse, indicando el o los artículo(s) que correspondan a la Contraloría General de la República, Unidades de Auditoría Interna o Firma de Contadores Públicos.

##### **d) Objetivos específicos:**

Se describen los objetivos específicos de la auditoría especial, los cuales deberán guardar coherencia con los asuntos solicitados o referidos en los antecedentes del examen.

##### **e) Alcance del examen:**

Indicar que la auditoría especial se realizó de acuerdo con las NAGUN, los tipos de evidencia obtenida, el período auditado, entidades y/o dependencias revisadas así como cualquier otra información relevante que el Auditor considere conveniente.

**f) Procedimientos de auditoría:**

Se enuncian los procedimientos utilizados para alcanzar los objetivos de auditoría; dentro de esta categoría se describen también los procedimientos legales aplicados como garantía del cumplimiento al debido proceso: Notificación del inicio de la auditoría, declaraciones testimoniales, notificación y contestación de hallazgos, solicitud de ampliación de términos, entre otros aspectos.

**g) Limitaciones al alcance:**

Describir la existencia (si la hubiere) alguna limitación en el desarrollo de la auditoría especial, producida por la falta de cumplimiento de las disposiciones legales o condiciones establecidas en la credencial y otros que se consideren apropiados revelar.

**h) Hallazgos de auditoría:**

Los resultados identificados como condiciones reportables deben ser estructurados como Hallazgos de Auditoría, identificando tales situaciones según los atributos establecidos en la NAGUN 2.80, siendo éstos: Condición, Criterio, Causa, Efecto, Recomendación, Comentarios de los Auditados y del Auditor de ser aplicable.

Para la consideración de las causas y los efectos, el auditor debe tomar en cuenta que:

- ❑ Las causas y los efectos están interrelacionados, por lo tanto el conocimiento del uno contribuye a comprender mejor el otro.
- ❑ El análisis de la información está orientado hacia la solución de los problemas, en consecuencia se requiere una habilidad especial para llegar a conclusiones lógicas.
- ❑ Cualquier efecto adverso de las debilidades de los sistemas de control debe ser cuantificado cuando el caso así lo exija.
- ❑ Las causas o los efectos pueden ser un hecho aislado o parte de un patrón que indique una desviación potencial del sistema.
- ❑ Las causas pueden ser externas al sistema o a la organización sometida a examen. Los efectos pueden así mismo ir más allá del sistema o de la organización auditada.

Siendo las conclusiones la expresión del juicio del auditor, es muy importante que sean respaldadas por suficiente evidencia, de manera que aún después de ser discutidas y analizadas por los responsables de la auditoría, prevalezcan por su exactitud y veracidad.

La dificultad para ubicar el origen de la observación va en proporción directa con la profundidad del aspecto revisado; es decir, la revisión superficial únicamente permite identificar causas inmediatas y, por ende, las recomendaciones propuestas por el auditor podrán mitigar parte de la problemática en la que posteriormente se volverá a incurrir; por su parte, una profundidad adecuada en la revisión permite llegar al origen de la observación y posibilita al auditor para plantear recomendaciones que den solución a la problemática.

**i) Recomendaciones:**

Son sugerencias expresadas por el auditor que procuran que las causas de las desviaciones no se repitan en iguales circunstancias. Estarán dirigidas a la máxima autoridad institucional a fin de que se tomen las acciones correctivas que correspondan. Deben redactarse en tono constructivo, señalando acciones que pueden ser implementadas dentro del ordenamiento jurídico-administrativo de la Entidad bajo control y a costos razonables.

Para que las recomendaciones incidan favorablemente en la mejora de las actividades y operaciones y, en su caso, elimine la recurrencia de las observaciones, se debe definir la problemática detectada, identificar las causas que la provocaron y las repercusiones a corto y mediano plazo en los procesos, actividades o unidades responsables que se interrelacionan con el concepto revisado.

**j) Indicios de responsabilidad:**

En el caso de indicios de responsabilidad civil o presunción de responsabilidad penal, identificar el monto del presunto daño económico al Estado como efecto en los hallazgos.

En el caso de indicios de responsabilidad administrativa se deberán identificar los casos de incumplimiento y la referencia a las disposiciones establecidas en la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República.

**k) Conclusiones:**

En la cual se resuma en caso de existir posibles responsabilidades, el posible perjuicio económico y a quienes debe imputarse así como los artículos de la Ley Orgánica de la CGR y otras disposiciones legales incumplidas y los responsables de dichos incumplimientos.

## **4 ANEXOS**



**1.2 Datos Generales de la unidad de salud**

<b>DATOS</b>	<b>INFORMACIÓN</b>
Cargos que conforman el equipos de Dirección	Nombres del Titular del cargo
1. Director de la Unidad	
• Cedula de Identidad Ciudadana	
• Dirección domiciliar exacta	
• Teléfonos	
2. Subdirector Médico	
• Cedula de Identidad Ciudadana	
• Dirección domiciliar exacta	
• Teléfonos	
3. Subdirector Docente y de Investigación médica	
• Cedula de Identidad Ciudadana	
• Dirección domiciliar exacta	
• Teléfonos	
4. Subdirección Administrativa	
• Cedula de Identidad Ciudadana	
• Dirección domiciliar exacta	
• Teléfonos	
5. Jefes de Departamento	
5.1	
• Cedula de Identidad Ciudadana	
• Dirección domiciliar exacta	
• Teléfonos	
5.2-	
6. Jefes de Servicios	
6.1.-	
• Cedula de Identidad Ciudadana	
• Dirección domiciliar exacta	
• Teléfonos	
7. Teléfonos	

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**1.3 Personal de la unidad de salud**

Función	Persona		Observaciones
Director			
Sub-Director-Jefe de Servicios Médicos			
Gerente Administrativo			
Gerente de Recursos Humanos			
Gerente de Enfermería (Jefatura)			
Sub jefatura de Enfermería			
Gerente de Servicios Generales			
Sub-Gerente Asistencial			
Control de Gestión			
Coordinador de Calidad			
Jefe de Informática			
Asesor (Especificar)			
Jefatura Unidad de Atención al Cliente			
Jefatura de Admisiones, Doc. Clínica, Archivo y Estádísticas			
Coordinación de Bloque Quirúrgico			
Coordinación de Consultas Externas			
Auditoría			
Jefe de Servicio de Clínica Médica			
Jefe de Servicio de Cirugía general			
Jefe de Servicio de Traumatología			
Jefe de Servicio de Pediatría			
Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología			
Jefe de Servicio de Guardia			
Jefe de Servicio de Terapia Intensiva			
Jefe de Servicio de Trabajo Social			
Jefe de Servicio de Internos y Residentes			

Función	Persona	Observaciones
Jefe de Servicio de		
Jefe de Servicio de Anestesia		
Jefe de Servicio de Laboratorio		
Jefe de Servicio de Hematología		
Jefe de Servicio de Anatomía Patológica		
Jefe de Servicio de Hemoterapia		
Jefe de Servicio de Farmacia		
Jefe de Servicio de Esterilización		
Jefe de Servicio de Nutrición		
Jefe de Servicio de Diagnóstico por imagen		
Jefe de Servicio de Fisioterapia		
Jefe de Servicio de Trabajo Social		
Jefe de Servicio de Psicología		
Jefe de Servicio de Odontología		
Jefe de Camilleros		
Jefatura de Contaduría		
Jefatura de Tesorería		
Jefatura de Facturación		
Jefatura de Compras y logística		
Jefatura de Administración de Personal		
Jefatura de Medicina laboral		
Jefatura de Higiene y seguridad		
Jefatura de Bioingeniería		
Jefatura de Mantenimiento		
Observaciones.		

**Anexo 1.4  
Personal Médico y de Enfermería Existente.**

	<b>Médico General</b>	<b>Médico Residente</b>	<b>Pediatra</b>	<b>Gineco-Obstetra</b>	<b>Internista</b>	<b>Cirujano</b>	<b>Enfermeras</b>
Hospitalización medica							
Hospitalización quirúrgica							
Emergencia							
Cuidados Intensivos							
consulta Externa							
<b>Otros</b>							
<b>TOTAL</b>							

\* Según el perfil del hospital puede tener cuidados intermedios, unidades de quemados, Alto riesgo, Labor y partos, Neonatología,...

**Anexo 1.5:  
Personal del Hospital para Atención Médica**

<b>Servicio</b>	<b>Médico General</b>	<b>Pediatra</b>	<b>Gineco-Obstetra</b>	<b>Internista</b>	<b>Enfermera General / Obstétrica</b>
Emergencia					
Ruta Crítica					
Consulta Externa					
Hospitalización					
Cuidados Intensivos					
Embarazo de Alto Riesgo					
Pediatría					
<b>TOTAL</b>					

**Anexo 1.6**  
**Datos de capacidad y atención del centro**

**A. Población**

Área de influencia natural	
Otras posibles áreas de influencia	
TOTAL POBLACIÓN DE REFERENCIA	
• De 0 a 14	
• De 15 a 65	
• Más de 65	

**B. Demanda Estimada**

a. hospitalización y tasa de Egresos x 1000 hab.	
b. consulta externa y tasa de Egresos x 1000 hab.	
c. urgencia y tasa de Egresos x 1000 hab.	

**C. Referencias realizadas por el Hospital**

¿Cuántas Referencias X año Realiza a otros hospitales?

¿Cuántas Referencias X año realiza hacia Centros principales?

**Procedencia de los Pacientes**

¿Tiene identificado los pacientes según su procedencia?

**a. Atiende en exclusiva pacientes beneficiarios del Estado.**

a.) No. de Pacientes X año
b.) No. de Egresos X año

**b. Organizaciones de INSS**

a.) No. de Pacientes X año
b.) No. de Egresos X año.

**c. Instituciones Privadas.**

a.) No. de Pacientes X año
b.) No. de Egresos X año.

**ANEXO 2.  
CUESTIONARIOS DE CONTROL INTERNO**

**2.1 Insumos Médicos**

**2.1.1 AREA: Medicación**

El Control Interno de la Medicación hospitalaria establece a una unidad con apego a las normas y funciones básicas de selección de medicamentos, almacenamiento, dispensación intra hospitalaria e información de existencias, cuyo propósito es asegurar la provisión de medicamentos a los usuarios de acuerdo a protocolos, disponiendo para ello de una lista básica apropiado al perfil del hospital definida y autorizada.

El Control Interno está establecido en las áreas de: Bodega General, Farmacia y los Centros de Consumo de los Insumos Médicos.

La base legal y normativa aplicada se encuentra fundamentalmente en:

- Manual de 2004, Normas de Control Interno de Insumos Médicos del Ministerio de Salud, 2004. (NCI-IM)
- Normas Técnicas de Control Interno que rigen para el Sector Público (NTCI)
- Manual de procedimientos para Compras por Cotizaciones, MINSA (MPC)

Indicadores:

- a) Consumo promedio ajustado
- b) Porcentaje de códigos atendidos de los programados
- c) Porcentaje de disponibilidad del Insumos Críticos
- d) Existencia y aplicación de normas para la selección, disponibilidad, prescripción, preparación, dispensación y control de los insumos médicos.
- e) Existencia de un sistema que asegure el uso racional de medicamentos

**Almacén o Bodega General:**

No	Preguntas de Medición Insumos Médicos	Referencia	SI	NO	N/A
1	Existe un local para los Insumos Médicos que reúne las condiciones higiénicas y de seguridad adecuadas para su funcionamiento.	(NCI-IM)			
2	El local para Insumos Médicos permanece limpio, ordenado, bien ventilado e iluminado.	(NCI-IM)			
3	¿Existe acceso restringido al almacén?	(NTCI)			
4	¿Se encuentran los inventarios asegurados contra daños y pérdidas?	(NTCI)			
5	Se encuentra separada la recepción de los insumos médicos de las compras	(NTCI)			

No	Preguntas de Medición Insumos Médicos	Referencia	SI	NO	N/A
6	¿Todas las adquisiciones se reciben en el almacén y se les efectúa su orden de entrada según el caso?	(NCI-IM)			
7	Verifican la adquisición de acuerdo a la requisita, respaldada por documentos que confirmen su origen y propiedad a favor del MINSA?: orden de compra, factura, remisión, carta de donación, memorando de administración, requisita o cualquier otro documento	(NTCI)			
8	Verifican que los bienes descritos en los documentos soportes correspondan a los que está recibiendo?: nombre o descripción del producto, concentración y farmacéutica, unidad de medida, vía de administración, No. de lote, fecha de vencimiento, fabricante	(NTCI)			
9	Están firmadas las requisitas por el delegado de contabilidad	(NTCI)			
10	Elaboran el informe de recepción inmediatamente que lo receptionan el cual detalla toda la información de los bienes recibidos?	(NTCI)			
11	Se registra en la tarjeta de estiba los datos contenidos en el informe de recepción?	(NCI-IM)			
12	Se mantiene la tarjeta de estiba adjunta al insumo al que pertenece?	(NTCI)			
13	Los bienes adquiridos en concepto de donaciones locales ofertado en productos no apto para su uso (deteriorado, vencidos, adulterados, etc.) proceden a su destrucción de acuerdo a procedimientos establecidos	(NCI-IM)			
14	Las donaciones directas provenientes del exterior se sujetan a las normas y procedimientos para el manejo de donaciones y para orientación de donantes de insumos médicos	(MPC)			
15	Contiene la factura del proveedor pie de imprenta y la orden de compra es prenumerada y sirven de soporte del informe de recepción. Estas se llevan archivadas en orden cronológico	(NTCI)			
16	Ubican los insumos recibidos en estantes y casillas de acuerdo a la naturaleza y fecha de vencimiento	(NCI-IM)			
17	Registran en la tarjeta de estiba de bodega los datos del informe de recepción	(NTCI)			
18	Elabora el Master Kardex un informe mensual y lleva al día las entradas y salidas de bodega y el saldo de cada producto existente	(NTCI)			
19	Se archiva copia del informe de recepción en forma secuencial y por fecha una vez efectuado el registro en la tarjeta de estiba?	(NTCI)			
20	Aseguran la conservación y protección de los bienes, su fácil y segura identificación, su rápido manejo y el máximo aprovechamiento del espacio?	(NCI-IM)			

No	Preguntas de Medición Insumos Médicos	Referencia	SI	NO	N/A
21	Almacenan los artículos conforme el grado de protección que requiera cada uno en particular? Temperatura, humedad, riesgos, caducidad, costos para su custodia	(NCI-IM)			
22	Establecen medidas prácticas de mantenimiento con el objeto de asegurar la higiene y el aseo en todas las áreas del almacén?	(NCI-IM)			
23	Mantienen bajo llave y en lugar seguros los productos anestésicos, psicotrópicos y estupefacientes?	(NCI-IM)			
24	Mantienen un calendario de entrega de bienes a las dependencias estableciendo fecha y hora de atención y está es del conocimiento de las partes involucradas?	(NCI-IM)			
25	Las requisas o salidas de bodega están debidamente autorizadas por el o la responsable de insumos médicos.	(NCI-IM)			
26	¿Todas las salidas del almacén se soportan con su correspondiente requisición de salida?	(NTCI)			
27	Se registra la salida de insumos médicos en la tarjeta de estiba que corresponde	(NTCI)			
28	La documentación de entrega de los insumos médicos contiene la firma de la persona que recibe y la persona que lo entrega?	(NTCI)			
29	Una vez que se despachan, están sellados los documentos de salida de los insumos con la frase "Despachado" poniendo firma y fecha	(NTCI)			
30	¿Llevan un adecuado control de las existencias a fin de no tener volúmenes inadecuados que permitan que éstas se vuelvan obsoletas o se deterioren?	(NCI-IM)			
31	Llevan registros contables de las existencias de los insumos en los registros por el sistema de inventario perpetuo?	(NTCI)			
32	Llevan doble control de las existencias en bodega: Uno donde se almacenan los insumos en unidades, y otro en contabilidad por unidades y costo?	(NCI-IM)			
33	Se efectúan tomas físicas de inventarios para conciliaciones de saldos reflejada en la tarjeta de estiba vrs Master kardex de contabilidad periódicamente?	(NTCI)			
34	¿Se aclaran y concilian correctamente las diferencias de Inventario?	(NTCI)			
35	Se comprueba cada 3 meses que los precios unitarios consignados en la tarjeta master kardex sean correctos?	(NCI-IM)			
36	Se registra en la tarjeta de estiba el movimiento de entrada o salida, devoluciones, actas de mermas y actas de selectivos?	(NTCI)			

No	Preguntas de Medición Insumos Médicos	Referencia	SI	NO	N/A
37	Mantiene actualizado los saldos de existencia del mes anterior con el movimiento actual?	(NTCI)			
38	Realizan actas de mermas de forma mensual, en conjunto con contabilidad, las que son autorizadas por la dirección del hospital para dar de baja a los insumos?	(NCI-IM)			
39	¿Se separan los bienes obsoletos o en mal estado de los que están en buen estado?	(NCI-IM)			
40	¿Son almacenados en un lugar seguro los bienes obsoletos de inventarios, donde no estorben?	(NCI-IM)			
41	¿Existen políticas establecidas para dar de baja a los inventarios obsoletos o en mal estado?	(NTCI)			
42	¿Es autorizada por la Dirección del hospital, la baja de los inventarios obsoletos o en mal estado?	(NTCI)			

**AREA: Farmacia**

No	Preguntas de Medición Farmacia	Referencia	SI	NO	N/A
1	Mantiene una sabana de descargue diario de productos despachados?	(NCI-IM)			
2	El responsable de farmacia prepara una requisita semanal de insumos médicos para que sea atendida por el almacén?	(NCI-IM)			
3	Las requisitas están prenumeradas y firmadas por las personas involucradas? (solicitado por responsable de farmacia, autorizado por el responsable de insumos, entregado por responsable de bodega y recibido conforme por la persona que recibe los insumos)	(NCI-IM)			
4	Se registra los insumos que ingresan a farmacia en la sábana de descargue diario y se procede a su almacenamiento?	(NCI-IM)			
5	Se realiza la dispensación de medicamentos a pacientes internados mediante la utilización de recetas y perfiles fármaco terapéutico?	(NCI-IM)			
6	Se registran los insumos que ingresan a la farmacia en la sabana de descargue diario del SIMINSA?	(NCI-IM)			
7	Se utiliza la receta individualizada en los pacientes ingresados en el área de observación o en el servicio de emergencia?	(NCI-IM)			
8	La entrega de medicamentos a personas que hayan pasado consulta con el médico se realiza mediante receta médica?	(NCI-IM)			
9	Controlan las existencias en farmacia con el uso de Kardex y/o Módulo SIMINSA, Sábana de descargue diario?	(NCI-IM)			
10	Se elabora un resumen del consumo mensual de insumos de farmacia?	(NCI-IM)			
11	El original de los perfiles y la copia de las requisitas se archivan en farmacia? Y el original de la receta y la requisita son enviados a la contabilidad?	(NCI-IM)			
12	Se anotan los días desabastecidos para cada medicamento de la lista establecida en la sábana de descargue diario?	(NCI-IM)			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 = el producto no había en la unidad pero no fue demandado</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• X = no había en la unidad</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• # = cantidades que salieron del producto</li> </ul>				
13	Las recetas y los perfiles cumplen con los requisitos para el llenado?	(NCI-IM)			
14	Contabilidad practica inventario selectivos cada 15 días, e inventarios generales dos veces al año	(NTCI)			

No	Preguntas de Medición Farmacia	Referencia	SI	NO	N/A
15	Se realiza un control cruzado entre la sabana de descargue diario y con los perfiles y recetas despachadas?	(NTCI)			
16	Las cantidades solicitadas corresponden a lo consumido en la semana que cierra?	(NCI-IM)			
17	Se reciben las devoluciones que por diversas causas entregan los servicios (sobrantes, materiales defectuosos, etc.) debidamente autorizadas con su respectivo formulario de devolución?	(NCI-IM)			
18	Los insumos con poco movimiento y que generen un riesgo potencial de vencimiento, son considerados a lo inmediato para consumo local o se transfieren a otras unidades de la red de servicios del MINSA?	(NCI-IM)			
19	Los insumos médicos con poco movimiento son transferidos de acuerdo a los criterios: de fecha de vencimiento no menor a 6 meses ni mayor a 12 meses o que no lo hayan solicitado al menos durante 4 meses anteriores?	(NCI-IM)			
20	Se realizan inventarios selectivos para averiguar las cantidades físicas es igual al saldo esperado?	(NTCI)			
21	Se investigan las diferencias encontradas en los inventarios, las que son aclaradas a satisfacción e informadas a la Dirección del hospital?	(NTCI)			
22	Existe un local para la farmacia que reúne las condiciones higiénicas y de seguridad adecuadas para su funcionamiento.	(NCI-IM)			
23	El local para Farmacia permanecer limpios, ordenados, bien ventilados e iluminados.	(NCI-IM)			

## 2.1.2 AREA: CENTROS DE CONSUMO

El control interno de los centros de consumo obedece a la necesidad de apoyar los procedimientos que demandan atención programada o emergente para recuperar la salud de los pacientes hospitalizados. Son insumos médicos que se ponen a disposición del servicio y que requieren ser controlados tomando en cuenta la eficacia técnica, productiva y/o económica. Los Centros de Consumo garantizan la provisión de insumos necesarios para la atención individualizada de pacientes en las áreas de internamiento en donde intervienen elementos satisfacción de los usuarios para el mejoramiento continuo de la calidad.

La base legal y normativa se respalda en:

- Normas de Control Interno de Insumos Médicos del Ministerio de Salud, 2004
- Normas Técnicas de Control Interno que rigen para el Sector Público (NTCI)
- Sistema de Garantía de la Calidad del MINSA (SGCM)
- Normas y procedimientos del servicio (NPS)

### AREA: Sala de Operaciones

No.	Preguntas de Medición Sala de Operaciones	Referencia	SI	NO	S/A
1	Solicita semanalmente los medicamentos necesarios a farmacia y el MRP a Central de Equipo según producción de servicio por actos quirúrgicos?	(NCI-IM)			
2	Tiene establecido una programación del día siguiente y selecciona los insumos a usar en cada cirugía?	(NCI-IM)			
3	La responsable de sala de operaciones entrega a la técnica quirúrgica asignada al quirófano el MRP programado para los actos quirúrgicos?	(NCI-IM)			
4	Se devuelven a Central de Equipo los sobrantes de insumos médicos y el MRP correspondiente a las suspensión de cirugías	(NCI-IM)			
5	Se controla el consumo de cada quirófano cada 24 horas?	(NPS)			
6	Se controlan las sabanas de descargue diario y la hoja de recuento de insumos elaborada en cada cirugía cada 24 horas?	(NCI-IM)			
7	Se lleva un correcto registro de las cirugías realizadas y debidamente clasificadas: programada, emergente, privadas, INSS?	(NPS)			
8	Se lleva un control del stock de anestésicos y MRP para 24 horas para las cirugías de emergencias?	(NPS)			
9	Se analizan los procedimientos realizados vs. Consumo a través de las hojas de recuento y entrega de casquillos vacíos.	(NPS)			
10	Los insumos médicos de sala de operaciones están colocados en un lugar adecuado, relacionado con el material seco y las soluciones antisépticas?	(NCI-IM)			

**AREA: Central de Equipo**

No	Preguntas de Medición Central de Equipo	Referencia	SI	NO	S/A
1	Utiliza requisas prenumeradas para solicitar el MRP al almacén?	(NTCI)			
2	Solicita cada 15 días el MRP que los servicios clínicos necesitan según su producción de servicio?	(NCI-IM)			
3	Mantiene un fondo fijo para consumo sobre una base real ajustada a las normas y protocolos de atención?	(NCI-IM)			
4	Despacha a los servicios mediante vale o requisas prenumerada por cada turno de acuerdo a los procedimientos por perfiles y por turnos?	(NCI-IM)			
5	La responsable del servicio o la supervisora de turno elaboran y firma la solicitud de los pedidos?	(NCI-IM)			
6	Elaboran un informe semanal con las requisas despachadas a los servicios adjuntando los vales o requisas?	(NCI-IM)			
7	Se llevan registros de los procedimientos en los servicios y comparan el consumo con lo registrado en la producción de servicio, según indicadores de uso de cada MRP y procedimiento realizado?	(NCI-IM)			
8	Se controlan las existencias del MRP en la sabana de descargue diario?	(NCI-IM)			
9	La existencia de materiales en Central de Equipo son controlados en Kardex?	(NTCI)			
10	Contabilidad practica inventario selectivos cada 15 días, e inventarios generales dos veces al año	(NTCI)			

**AREA: Laboratorio Clínico y Patológico**

No.	Preguntas de Medición Laboratorio Clínico y Patológico	Referencia	SI	NO	N/A
1	Se respaldan los consumos de insumos mediante requisiciones y los registros del procedimiento realizado?	(NCI-IM)			
2	Se elaboran las solicitudes de insumos cada 15 días?	(NPS)			
3	Se elaboran informes mensuales de la producción de servicios e informe de consumo de reactivos para el análisis de los mismos?	(NPS)			
4	Se elaboran informes mensuales de la producción de servicios e informe de consumo de reactivos de laboratorio y material de patología para el análisis de los mismos?	(NPS)			
5	Se elabora informe mensual de la producción de servicios e informe de consumo de Banco de Sangre para el análisis de los mismos?	(NPS)			
6	Se controla la existencia de materiales de laboratorio en sabanas de descargue diario?	(NCI-IM)			
7	Se controla la producción de servicio con las órdenes de examen de laboratorio y exámenes realizados?	(NCI-IM)			
8	Contabilidad practica inventarios selectivos cada 15 días, e inventarios generales dos veces al año?	(NTCI)			

**AREA: Odontología**

No.	Preguntas de Medición Odontología	Referencia	SI	NO	S/N
1	Se lleva un respaldo del consumo de insumos de odontología por las recetas y los registros del procedimiento realizado?	(NCI-IM)			
2	Se controlan los insumos utilizando sabana de descargue diario?	(NCI-IM)			
3	Son autorizadas las solicitudes de odontología por el jefe inmediato	(NCI-IM)			
4	Se descargan mediante requisas las solicitudes de anestésicos y las agujas largas y cortas?	(NCI-IM)			
5	Se retiran los insumos de odontología de la farmacia mediante vale y estos por la tarde son devueltos mediante la entrega de recetas emitidas para su debido descargue en la sabana de control?	(NCI-IM)			
6	Se elabora un informe de consumo mensual de insumos odontológicos, el cual se compara con la producción de servicios y reflejado en la hoja de requisición de insumos?	(NCI-IM)			

**AREA: Rayos X**

<b>No.</b>	<b>Preguntas de Medición Rayos X</b>	<b>Referencia</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>S/N</b>
1	Se respalda el consumo de insumos por las requisiciones, solicitudes de estudio y los registros del procedimiento realizado?	(NCI-IM)			
2	Se controlan los insumos utilizando la sábana de descargue diario?	(NCI-IM)			
3	Se elabora informe de consumo mensual de placas radiográficas, el cual se compara con la producción de servicios y se respalda con las órdenes firmadas de los médicos tratantes?	(NCI-IM)			
4	Se solicitan quincenalmente los insumos de Radiología debidamente autorizadas de acuerdo a la programación de insumos médicos?	(NCI-IM)			
5	Se entregan a los técnicos de turno un stock de placas según uso por patologías mas frecuentes?	(NPS)			
6	Se realiza recuento semanal de las placas tomadas para obtener el dato del consumo y así elaborar la requisa de abastecimiento?	(NPS)			
7	Todas las placas son autorizadas por el médico jefe de servicio o en su defecto por el médico responsable del turno?	(NCI-IM)			
8	Se controlan las existencias de materiales en rayos X con el uso de sábana de descargue diario?	(NCI-IM)			
9	Se practican inventarios selectivos y generales cada 15 días y dos veces al año respectivamente?	(NTCI)			
10	Los materiales en Rayos X son controlados en Kardex?	(NTCI)			

### **2.1.3 AREA: SERVICIOS DE APOYO**

El Control Interno para los servicios de apoyo dispone de procedimientos mediante el cual la inversión pública demanda atención sin menoscabo de la calidad. Garantiza apoyo para que el personal hospitalario ejerza sus funciones en la valoración inicial y tratamiento hasta el egreso del paciente, con servicios controlados desde el punto de vista administrativo en la lavandería, alimentación y limpieza.

La base legal y normativa aplicada se encuentra fundamentalmente en:

- Normas y procedimientos de Lavandería (NPL)
- Normas y procedimientos de Cocina y Alimentación hospitalaria (NPCyAH)
- Normas y procedimientos para la limpieza hospitalaria y quirófanos (NPLHyQ)
- Normas Técnicas de Control Interno que rigen para el Sector Público (NTCI)
- Normas de procedimientos para compras (NPC)
- Normas para el Control de Infecciones Intrahospitalaria (NCIIH)

**AREA: Lavandería**

No	Preguntas de Medición Lavandería	Referencia	SI	NO	N/A
1	Existen mecanismos de control para el intercambio de la ropa hospitalaria?.	(NPL)			
2	Es efectivo el mecanismo utilizado? (en la entrega y recibo de la ropa utilizan vales o lo hacen por cambio, es decir se entregan el mismo número de ropa que se recibe)	(NPL)			
3	Está prohibido hacer uso de la ropa hospitalaria para uso personal o en beneficio de otra persona ajena del hospital.	(RHI)			
4	El personal de lavandería tiene equipos de seguridad.	(NCIIH)			
5	Se le prohíbe al personal realizar actividades peligrosas e insalubres sin la debida protección de estos equipos de seguridad, salvo causas de suma urgencia.	(NCIIH)			
6	Prohíben cubrir el turno de un compañero de labores o autorizar a otro compañero para que labore en el turno correspondiente sin la autorización del jefe inmediato	(RHI)			
7	Llevan registro de control para diferenciar la ropa hospitalaria del hospital de la utilizada por el Servicio de Atención Diferenciada	(NPL)			
8	Existen procedimientos normados para las operaciones y actividades básicas a realizar en la lavandería: Clasificación, manejo de ropa, almacenado y distribución	(NPL)			
9	Mantienen un inventario de ropa hospitalaria actualizado, el mismo es diferenciado con la ropa utilizada en el Servicio de Atención Diferenciado	(NPL)			
10	Evitan la contaminación en el tratamiento de la ropa diferenciando claramente la zona de ropa sucia y la zona de ropa limpia	(NCIIH)			
11	Existe clasificación y pesaje de la ropa hospitalaria. La clasificación tiene por objeto agrupar la ropa para formar lotes homogéneos que tendrán un mismo programa de lavado para lograr mayor eficiencia.	(NPL)			
12	La ropa permanece identificada con el nombre del servicio para evitar pérdidas ó mezclas con ropa de otros servicios.	(NPL)			
13	La eficiencia en la clasificación se realiza siguiendo criterios de selección basados en el tipo de prenda, el color, el tipo de suciedad, el tipo de fibra, y el tipo de acabado.	(NPL)			
14	Existen normas de control de calidad que indica el tipo de tratamiento que debe de aplicarse a cada una de las cargas, para conseguir el perfecto desmanchado, blanqueo y desinfección de las prendas procesadas.	(NPL)			
15	Existen Normas de bioseguridad para el personal del lavadero	(NCIIH)			

	<b>Preguntas de Medición Lavandería</b>	<b>Referencia</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>
16	Los productos bactericidas y las técnicas utilizadas, son apropiados en el mantenimiento para limpiar y desinfectar los carros, jaulas o contenedores que han estado en contacto con la ropa sucia.?	(NCIIH)			
17	Inician la clasificación y distribución de la ropa con la clasificación y el control de calidad del proceso de lavado.?	(NPL)			
18	La ropa que no ha superado el control de calidad, en caso de detectarse manchas, es separada del resto y se retorna a la zona de sucio etiquetada como rechazo de lavado.?	(NPL)			
19	La ropa rota se devuelve por separado, según el procedimiento de rechazo de ropa y rotura.?	(NPL)			
20	La ropa rota y en mal estado se elimina conforme normas de control interno para dar de baja del inventario de ropa.?	(NTCI)			
21	Cuentan con carros para la distribución y recolecta de la ropa en los servicios, especialmente adaptados para la realización de esta actividad.?	(NPL)			
22	Establecen recomendaciones para el manejo de ropa sucia y forma de minimizar los riesgos en el cuidado de los pacientes?	(NPL)			
23	Existe una rutina de desinfección para evitar las infecciones cruzadas hospitalarias en el lavadero o lavadora que recibe ropa sucia y contaminada.?	(NCIIH)			
24	Existen normas para el manipuleo de la ropa antes de su traslado al lavadero?	(NPL)			
25	Existen condiciones físicas básicas del local de lavadero?	(NPL)			
26	Existe lavadero separado para ropa contaminada y del área quirúrgica.?	(NCIIH)			
27	La ropa una vez empaquetada, es apilada en contenedores e introducida en la zona de almacén, desde donde se prepara su envío al servicio.?	(NPL)			

**AREA: Cocina y Alimentos**

No	Preguntas de Medición Cocina y Alimentos	Referencia	SI	NO	N/A
1	Los Proveedores de alimentos son seleccionados con calidad asegurada, verificando las certificaciones de proveedores del estado.?	(NPC)			
2	Analizan los antecedentes de los proveedores (aspectos relacionados con su organización, aseguramiento de calidad, cumplimiento de normas, capacidad de respuesta, etc.)?	(NPC)			
3	Verifican y controlan los vehículos que transportan los alimentos.?	(NTCI)			
4	Establecen con claridad y precisión, las especificaciones de compra que garanticen la obtención de un producto seguro.?	(NPCyAH)			
5	Hacen cumplir estrictamente las especificaciones establecidas para la compra: En particular, en la calidad, higiene, fecha de vencimiento, integridad de los envases y en todos los aspectos que hacen a la seguridad de los alimentos?	(NTCI)			
6	Llevan un registro escrito y verificable de incumplimientos, si los hubiere, como antecedente para la selección de proveedores.?	(NTCI)			
7	Establecer horarios especiales para el acceso al almacén de alimentos, minimizando los riesgos.?	(NTCI)			
8	Aseguran que los alimentos ingresen al área sin riesgo de contaminación.?	(NCIIH)			
9	Cuentan con los equipos necesarios para asegurar la recepción y el transporte interno de los alimentos en forma higiénica.?	(NCIIH)			
10	Almacenan los alimentos exclusivamente en lugares destinados para tal fin, evitando que en el mismo recinto se ubiquen elementos ajenos (artículos de limpieza, medicamentos, artículos de librería, etc.)?	(NTCI)			
11	Se consumen los alimentos conforme a su fecha de ingreso, generando un sistema de rotación que evite el estancamiento de la mercadería (" lo primero que ingresa es lo primero que sale")?	(NTCI)			
12	Resguardan los alimentos y preparaciones listos para servir, de otros potencialmente contaminantes. Los disponen en distintos equipos, compartimentos, o recipientes convenientemente aislados?	(NCIIH)			
13	Verifican periódicamente la integridad de los equipos, utensilios y vajilla?	(NPCyAH)			

	<b>Preguntas de Medición Cocina y Alimentos</b>	<b>Referencia</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>
14	Se llevan registros cuando se detectan alteraciones (por ejemplo, platos y vasos averiados, cacerolas u otros recipientes dañados, con pequeñas superficies faltantes, quebraduras, etc.)?	(NPCyAH)			
15	Aseguran que en la distribución los alimentos sean recibidos por cada paciente en No. de raciones servidas autorizadas?	(NPCyAH)			
16	Llevan registro de control para el consumo de alimentos del Servicio de Atención Diferenciado?	(NPCyAH)			
17	Se asegura la llegada de los alimentos a los usuarios, en óptimas condiciones y con el menor riesgo: temperatura adecuada y debidamente cubiertos?	(NPCyAH)			
18	Se les realiza chequeo con una periodicidad trimestral a todos los trabajadores manipuladores de alimentos y los relacionados directa e indirectamente con los alimentos?	(NCIIH)			
19	Existen medidas para prevenir lesiones en las manos, cara, dedos, afectaciones nasofaríngeas, oculares u óticas en los manipuladores de alimentos?	(NPCyAH)			
20	Utilizan los uniformes, gorros, tapabocas y botas los manipuladores de la cocina, comedor, transporte de los alimentos a las salas, pantry, cuartos de formulas?	(NPCyAH)			
21	Preservan los alimentos, previniendo y evitando su daño o deterioro?	(NPCyAH)			
22	Los alimentos son controlados en el procesamiento como en el producto terminado?	(NPCyAH)			
23	Mantienen condiciones ambientales que favorecen la conservación de los alimentos y protección contra insectos y roedores?	(NPCyAH)			
24	Se reparan rápidamente las roturas en pisos, paredes o techos (goteras) cuando está s se producen?.	(NPCyAH)			
25	Cuentan con suficientes recipientes para depósitos de residuos o basuras con tapadera y fáciles de limpiar en las distintas áreas de los servicios?	(NCIIH)			
26	Se programan desinsectación y desratización cada tres meses y según aparezcan indicios de vectores?	(NCIIH)			
27	Mantiene una limpieza en el local, equipo y utensilio?	(NPCyAH)			
28	Los sanitarios de uso del personal del sector cuentan con todos los elementos de higiene necesarios: jabón, papel higiénico, toallas descartables, etc.	(NCIIH)			

**AREA: Limpieza**

No	Preguntas de Medición Limpieza	Referencia	SI	NO	N/A
1	Los productos de limpieza que utiliza el hospital son seleccionados en base a su uso, eficacia, aceptabilidad, seguridad y costo?	(NCIIH)			
2	Existe control de calidad de los productos usados para la Higiene?	(NCIIH)			
3	Utilizan las diluciones adecuadas indicadas para los desinfectantes?	(NCIIH)			
4	Existen Normas escritas para la Higiene Hospitalaria?	(NPLHyQ)			
5	El personal que se encarga de la limpieza tiene normas estrictas en relación a los riesgos laborales y a la necesidad de usar vestimenta adecuada?	(NPLHyQ)			
6	Existe un sistemas de control de calidad de las tareas de Higiene?	(NPLHyQ)			
7	La frecuencia con que debe efectuarse la limpieza de cada área está planeada de acuerdo a las necesidades del sector?	(NPLHyQ)			
8	Se capacita al Personal para que efectúe las tareas de limpieza?	(NPLHyQ)			
9	Mantienen en aceptable está do de conservación las superficies de techos, paredes y pisos?	(NPLHyQ)			
10	Se mantienen limpios y en buen está do los elementos utilizados para la limpieza?	(NPLHyQ)			
11	La limpieza de las instalaciones del hospital incluye:	(NPLHyQ)			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se mantienen limpias las habitaciones de los pacientes internados? Al menos deben limpiarse una vez por día, cuando se manche y al Alta del paciente?</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>La limpieza de los quirófanos cumple con las normas? requiere un régimen de limpieza especial y de frecuencia de la misma?</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambian y limpian regularmente las cortinas y cada vez que se manchan?</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantienen limpios los baños para el público y personal; estos son limpiados al menos una vez por día?</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavan mensualmente las paredes, ventanas y puertas?</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acostumbran lavar las camas con detergente una vez al mes?</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantienen la Grama corta y limpia, prohibiéndose tirar papeles, algodones y otros desperdicios por puertas y ventanas del edificio?</li> </ul>				

	<b>Preguntas de Medición Limpieza</b>	<b>Referencia</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>N/A</b>
12	Mantienen limpios los equipos e instrumentales o enseres que se localizan en los ambientes y garantizan el mantenimiento preventivo de los mismos?	(NPLHyQ)			
13	Se programan las desinfectaciones y desratización según aparezcan indicios de roedores, cada tres meses?	(NCIIH)			
14	Colocan depósitos de recolectores de basura en cada ambiente?	(NCIIH)			

**ANEXO 2.2**

Formas organizativas de gestión

No	Preguntas	Si	No	N A	Observaciones
	<b>¿Existencia de evidencia para la toma de decisiones y canales de información funcionando en el hospital?</b>				
<b>A</b>	<b>Entregas/Recibidas</b>				
1	Entrega de turno				
2	Recibida de Turno				
<b>B</b>	<b>De Dirección</b>				
1	Consejo de Dirección				
2	Consejo de Dirección Ampliado				
3	Consejo Consultivo				
<b>C</b>	<b>De Desarrollo Científico y Formación de Recursos Humanos</b>				
1	Consejo Técnico y de Investigación Médica				
2	Consejo de formación docente				
3	Consejo disciplinario				
<b>D</b>	<b>De Información</b>				
1	Asambleas Informativas				
2	Despachos sindicales				
<b>E</b>	<b>De Garantía de Calidad: Comité de Evaluación de Calidad.</b>				
1	Subcomité de Análisis del Expediente Clínico.				
2	Subcomité de Análisis de Fallecidos.				
3	Subcomité de Evaluación de las Intervenciones Quirúrgicas.				
4	Subcomité de Infecciones Intra hospitalarias.				
5	Subcomité de Evaluación de Satisfacción de Usuarios.				
6	Subcomité de Uso Racional de Insumos Médicos.				
7	Subcomité de Auditoria Médica.				
8	Subcomité de Compras				

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ANEXO 2.3

### CUESTIONARIOS SOBRE ADECUACION DE LOS RECURSOS

#### 2.3.1 SERVICIOS AMBULATORIOS

Este servicio tiene la función de brindar atención ambulatoria a los usuarios, en los diferentes niveles de resolución del sector de salud desde un consultorio o clínica, en los cuales se puede brindar consulta odontológica, médica, convencional, tradicional y alternativa según corresponda.

Este cuestionario permite obtener información de carácter general de los servicios ambulatorios, el auditor médico deberá adicionar preguntas específicas de la especialidad que tome como muestra para determinar el cumplimiento de requisitos y equipamiento.

No	Preguntas	Si	No	N A	Observaciones
	Los consultorios cuentan con: sala de espera, área de atención, servicios higiénicos, área de aseo, área de archivos, puede contar con área de esterilización.				
	Área de atención: Dentro del consultorio deben estar diferenciadas dos áreas, una para entrevista y otra para examen físico con sus respectivos mobiliario y equipamiento, así como privacidad visual y auditiva.				
	Los consultorios cuentan con: a) Equipamiento en óptimo estado de funcionamiento. b) Plan de mantenimiento con su bitácora de cumplimiento. c) Área para esterilizar los materiales y equipos, de preferencia autoclave y sistemas químicos de esterilización o evidencias de cómo adquiere el servicio respectivo. d) Espacio para el resguardo de los expedientes médicos según la norma del expediente clínico. e) Instalación eléctrica con contactos apropiadamente distribuidos, en número suficiente polarizados, no usar extensiones eléctricas o contactos múltiples.				
	La Consulta externa está: a) ubicada contiguo a estadística y registros médicos, b) dispone de: - Oficina para el responsable, y una área de aseo exclusiva para la misma. c) Está próxima a radiología, farmacia, laboratorio, admisión y registros médicos y al área de pruebas especiales: cardiología: eco cardiógrafo doppler, holter / ergometría; gastroenterología: endoscopia; neumología: broncoscopios, pruebas funcionales; urología: cistoscopias, ecografía/estudios urodinámicos; fisioterapia: electromiografía; neurología: electroencefalografía; otorrinolaringología: pruebas funcionales, audiometría; ortopedia: sala para yesos/curas				

**ANEXO**

**.2.3.2 SERVICIO DE EMERGENCIA**

La emergencia es un servicio ubicado dentro de un establecimiento de salud, tiene como función la recepción, examen, valoración y tratamiento de los usuarios que lleguen estabilizados o con compromiso de su vitalidad, por lo que debe estar situada en la planta baja, con fácil acceso vehicular y peatonal, con las adaptaciones especiales para personas con discapacidad, es un área climatizada, con suministro de energía conectado siempre a la planta eléctrica con transferencia automática.

No	Preguntas	Si	No	N A	Observaciones
1	La entrada principal tiene definido el acceso para ambulancias u otros vehículos donde puedan bajar pacientes en camillas y el acceso para pacientes ambulatorios o silla de rueda, este debe ser techado, señalado con la frase: <i>Parqueo exclusivo para ambulancia</i> , con suficiente espacio para al menos dos vehículos simultáneamente.				
2	La emergencia tiene acceso directo y fácil desde el exterior, próximo a Imagenología, laboratorio, bloque quirúrgico, hospitalización y farmacia.				
3	Dispone de parqueo para visitantes y al menos dos espacios exclusivos para ambulancias, la circulación vehicular está diseñada de forma que no haya interferencias entre las ambulancias y los vehículos de los visitantes.				
4	La emergencia dispone de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sala de espera</li> <li>▪ Estación de camillas y silla de rueda</li> <li>▪ Admisión</li> <li>▪ Consultorio Integral</li> <li>▪ Área de procedimientos</li> <li>▪ Cuarto de yeso en donde corresponda</li> <li>• Área de choque</li> <li>• Estación de enfermería</li> <li>• Observaciones</li> <li>• Área de nebulización</li> <li>• Área de rehidratación oral</li> <li>• Área de aseo.</li> <li>• Área sucia</li> <li>• Área de descanso para personal, donde se atiende las 24 horas del día.</li> </ul>				
5	Cuenta con dos Salas de espera: una para familiares y otra para pacientes.				
6	El cuarto de descanso del personal de turno se ubica próximo a la emergencia.				
7	Dispone de estación de camillas y silla de rueda localizada entre el pasillo de acceso de ambulancias y la admisión				

8	<p>Dispone de un refrigerador para guardar insumos que requieren conservarse a baja temperatura, cuenta con servicio higiénico y ducha para el personal de salud.</p> <p>Nebulización: se ubica contiguo a observaciones, puede estar ubicado dentro de observaciones siempre y cuando tenga un área bien delimitada, cercano y con visibilidad desde la estación de enfermería.</p>				
9	<p>Para garantizar privacidad a los pacientes cuenta como mínimo con cortinas o mamparas, cada cama dispone de sistema de gases central o sistema portátil con capacidad para suministrar oxígeno, aire comprimido y sistema para realizar aspiración controlada.</p>				
10	<p>Los equipos se revisan y calibran mensualmente, se debe comprobar que el personal que labora en el servicio, incluyendo el eventual, está capacitado para usar el equipo. Todo lo cual debe quedar anotado en la bitácora correspondiente</p>				
11	<p>El área de emergencia cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Área de admisión</li> <li>b) Consultorio integral para la clasificación de las emergencias</li> <li>c) Sala de espera</li> <li>d) Área de procedimientos</li> <li>e) Cuarto de yeso</li> <li>f) Área de choque , está dividida en cuidados menores, intermedios y cuidados críticos</li> </ul>				
12	<p>El área de choque cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tomas fija para suministro de oxígeno</li> <li>b) Sistema para succión con equipo fijo o portátil</li> <li>c) Equipo de monitoreo</li> <li>d) Desfibrilador y carro rojo</li> <li>e) Ducha para descontaminación</li> </ul>				
13	<p>Cuenta con área de aseo exclusiva para emergencia y área sucia (alejado del público)</p>				
14	<p>Dispone de un Hamper o recipiente hermético</p>				
15	<p>Dispone de área de descanso del personal y oficina del responsable de hospitalización?</p>				

**ANEXO 2.3.3**  
**SERVICIO QUIRURGICO**

El bloque quirúrgico se configura como una sola área, en la que se realizan cirugías programadas o de urgencia a usuarios hospitalizados o ambulatorios, que requieren un alto grado de asepsia. Tiene relación funcional directa con central de equipo, labor y parto y cuidados intensivos, esta próximo y accesible a emergencia, farmacia y laboratorio, banco de sangre y anatomía patológica ya que en ocasiones se requiere de la intervención inmediata del servicio de patología para procesar muestras de tejido y el cirujano debe tener una repuesta rápida para la toma de decisión de extirpar o no un tumor u órgano. Otra vinculación importante es con el banco de sangre y con radiología, dependiendo su prioridad si cuenta o no con rayos x móvil.

No	Preguntas	Si	No	N/A	Observaciones
1	El área estará dotada de protección contra riesgos eléctricos y con baterías de continuidad para la iluminación, incluyendo sistemas de alimentación ininterrumpida a fin de garantizar la continuidad del servicio. Las luminarias deben distribuirse al menos en dos circuitos.				
2	Es un área climatizada, debiendo circular el aire de las áreas más limpias a las menos limpias, creando presiones positivas				
3	Los conductos son de material metálico de paredes lisas (rugosidad 0.3 mm), de fácil limpieza, las rejillas deben tener la toma de aire alejada de salida de aire, gases, humos, etc. Cuenta con alarma por caída de presión.				
4	El bloque quirúrgico tiene las siguientes áreas: a) Área de transferencias de camillas b) Área de vestidores c) Área de descanso d) Área de lavado quirúrgico e) Área de anestesia f) Sala de operación g) Área de atención al recién nacido h) Estación enfermería i) Sala de recuperación j) Área de arsenal k) Área sucia l) Área de aseo				
5	El acceso del personal de salud y de usuarios es controlado, mediante dos circulaciones básicas: a) grises para movimiento de usuarios y personal de salud; b) blancas para conectar con los vestidores y de ser posible con la central de equipos?				

<p><b>6</b></p>	<p>La sala de operaciones cuenta con Mobiliario básico de acero inoxidable para el funcionamiento, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa de operaciones</li> <li>- Mesa de mayo</li> <li>- Mesa semilunar para instrumental</li> <li>- Mesa auxiliar de anestesia</li> <li>- Banco metálico</li> <li>- Mesa transportadora de material</li> <li>- Asiento giratorio con respaldo</li> <li>- Asiento giratorio graduable</li> <li>- Carro porta cilindro con cilindro</li> <li>- Recipiente rígido para punzo cortantes</li> <li>- Reloj de pared con segundero</li> </ul>				
<p><b>7</b></p>	<p>La sala de operaciones cuenta con Equipo básico para el funcionamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tensiómetro mercurial aprueba de choques, se puede colgar el manómetro del brazalete</li> <li>- Estetoscopio de metal ligero con pieza de pecho giratoria, un lado diafragma, otro corneta</li> <li>- Monitor cardiaco; Negatoscopio de dos cuerpos</li> <li>- Desfibrilador</li> <li>- Fuente de succión para el anesthesiólogo</li> <li>- Aspirador quirúrgico de succión regulable</li> <li>- Equipo Arco en "C" y sus accesorios para procedimientos de ortopedia</li> <li>- Equipo móvil de rayos X</li> <li>- Brazo giratorio</li> <li>- Lámpara de emergencia portátil</li> <li>- Máquina de anestesia con ventilador</li> </ul>				
<p><b>8</b></p>	<p>La sala de operaciones cuenta con instrumentos básico para el funcionamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Cuenta con carro de paro: actualizado, rotulado , con cinta inviolable</li> <li>g) Cuenta con equipos e instrumentos para quirófanos de obstetricia (Permeras)</li> </ul>				

<p><b>9</b></p>	<p>La sala de operaciones cuenta con máquina de anestesia con las especificaciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia en el circuito de un flujo de oxígeno mínimo (anti hipoxico) y que permita una relación mínima entre oxígeno y óxido nítrico de 25/75 % respectivamente</li> <li>- Flujo mínimo de oxígeno no menor de 2550 cc/min.</li> <li>- Flujo metros bien identificados que permitan una buena identificación de los gases anestésicos</li> <li>- Flush de oxígeno de 50 l/min.</li> <li>- Flujos de gases frescos al circuito</li> <li>- Alarmas de baja presión</li> <li>- Alarmas de alta presión</li> <li>- Cierre de gases al no haber oxígeno</li> <li>- manómetro de presión para cada gas</li> <li>- Sistema no intercambiable de gases</li> <li>- Yugo para conexión de tanque de oxígeno auxiliar</li> <li>- Vaporizadores termo y flujo compensados</li> <li>- Sistema de bloqueo de vaporizadores</li> <li>- Alarma de baja presión de oxígeno en el circuito</li> <li>- Esqueleto para soporte de monitoreo y permitir una unidad compacta</li> </ul>				
<p><b>10</b></p>	<p>El área de Transferencia de camillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h) Se ubica inmediata a la puerta que separa el área de circulación general de la gris.</li> <li>i) Contiguo a la zona de transferencia se localiza el estacionamiento de camillas permitiendo un ágil desplazamiento.</li> <li>j) Los usuarios son trasladados de la circulación general a la gris, siendo el primer filtro el área donde se realiza la transferencia de camillas, y se pasa por el segundo filtro que es la puerta que delimita la circulación gris de la circulación blanca.</li> <li>k) Ambas puertas tienen visores de vidrio, protectores de camillas y abren en una sola dirección.</li> </ul>				
<p><b>11</b></p>	<p>Los vestidores diferenciados por sexo, se ubican directamente entre el área gris y el área blanca, disponen de inodoro, lavamanos y ducha, así como bancas que faciliten el cambio de ropa del personal.</p>				

12	<p>El área de Lavado quirúrgico, se encuentra inmediato a los vestidores, uno por cada dos salas de operaciones y cuenta con:</p> <p>a) mobiliario básico para el funcionamiento tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado especial de acero inoxidable o porcelana con control de rodilla o piso por cada quirófano</li> <li>- Dispensador automático o de pedal de jabón antiséptico</li> </ul> <p>b) Dispone de los accesorios necesarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepillos quirúrgicos</li> <li>- Cazo</li> <li>- Pinza de forester</li> <li>- Opcional dispensador de cepillos descartables</li> </ul> <p>..</p>				
13	<p>El área de recuperación postanestésica cuenta con el equipamiento necesario para hacerla instrumental?</p>				
14	<p>El área de anestesia dispone de:</p> <p>a) Equipo básico para el funcionamiento tales como Equipo de intubación endotraqueal completo (balón, válvula y mascarilla)</p> <p>b) Mobiliario para elaborar el informe quirúrgico, así como para guardar el equipo especial de anestesia?</p> <p>c) El ventilador que acompaña la máquina de anestesia, dispone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de frecuencia respiratoria;</li> <li>- Control p/ filtrar volumen corriente o vol. mínimo</li> <li>- Control para relación inspiración / espiración</li> <li>- Alarma de desconexión</li> <li>- Posibilidad de incluir PEEP</li> <li>- Presión de la vía aérea</li> </ul>				
15	<p>El área de recuperación: cuenta con una cama o camilla por cada sala de operaciones, con tomas de oxígeno y de aire comprimido, así como equipo para aspiración controlada, con sistemas fijos o portátiles, su ubicación debe ser hacia la salida del bloque quirúrgico. Dispone del equipo necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negatoscopio</li> <li>- Electrocardiógrafo</li> <li>- Carro de reanimación cardio-respiratorio cerebral con desfibrilador, colocado en mesa rodante</li> <li>- Acceso al sistema de gases de la sala de operaciones</li> <li>- Humidificador / mascarar</li> <li>- Dos puntos de succión central por cada cama</li> <li>- Un tensiómetro no invasivo con brazalete</li> <li>- Monitor multifuncional: monitoreo de frecuencia cardiaca, electrocardiograma</li> <li>- Oxímetro y presión arterial por camilla</li> <li>- Porta suero metálico con rodos por cada camilla.</li> </ul>				

<p><b>16</b></p>	<p>El área de atención inmediata del recién nacido dispone de condiciones adecuadas para la atención localizado dentro de sala de operaciones, con Quirófanos de obstetricia con 5 mts2 adicionales, para atención al recién nacido.</p> <p>a) Cuenta con equipo básico para el funcionamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuna térmica</li> <li>- Aspirador quirúrgico de succión regulable</li> <li>- Balanza pediátrica</li> <li>- Laringoscopio neonatal y sus accesorios</li> <li>- Tensiómetro neonatal</li> <li>- Estetoscopio neonatal</li> <li>- Termómetros</li> <li>- Tubos endotraqueales</li> <li>- Set de cateterismo (Onfalocclisis)</li> <li>- Lámpara de cuello de cisne</li> <li>- Acceso al sistema de gases de la sala de operaciones</li> </ul> <p>b) Cuenta con accesorios e insumos para su funcionamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambú neonatal</li> <li>- Pera de aspiración</li> <li>- Clams umbilicales</li> <li>- Cinta métrica</li> <li>- 2 ampollas de Vitamina K</li> <li>- Antibióticos oftálmicos</li> <li>- Sondas oro gástrica</li> <li>- Bascine</li> </ul>				
<p><b>17</b></p>	<p>El Área sucia o cuarto séptico se ubica contiguo al área de recuperación, lo más alejado posible de la sala de operaciones.</p> <p>a) Todos los utensilios e instrumental utilizados se lavan y desinfectan en este local, para lo cual se precisa una mesa de trabajo con cubierta lavable, pana doble de acero inoxidable.</p> <p>b) La salida del material sucio se realiza a través de una ventanilla utilizando el sistema de exclusas, del área sucia hacia la circulación general, no regresa por la misma puerta que ingresan y egresan los usuarios.</p> <p>c) El área de aseo se ubica en esta área y es exclusiva para el bloque quirúrgico</p> <p>d) Dispone de accesorios para el funcionamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recipientes con tapa para depósito de ropa contaminada</li> <li>- Recipientes con tapa para depósito de ropa sucia</li> </ul>				

18	<p>El Área de arsenal se encuentra en la circulación blanca y en ella se almacena el instrumental quirúrgico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La entrada de material estéril se realiza directamente de central de equipo al arsenal a través de una ventanilla.</li> <li>- El ingreso de material limpio hacia el bloque quirúrgico se realiza utilizando el sistema de exclusas.</li> </ul>				
19	<p>La estación de enfermería dispone de condiciones adecuadas para la atención, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Espacio localizado contiguo a la sala</li> <li>b) Bodega de 2.5 mts<sup>2</sup> o mueble con llave para guardar material de reposición periódica</li> <li>c) Visibilidad a sala de: recuperación, preparación de pacientes, salas de operaciones y lavabos quirúrgicos</li> <li>d) Cuenta con mobiliario básico conforme establece el Manual de habilitación?</li> <li>e) Cuenta con el equipo básico y accesorios mínimos para el funcionamiento de acuerdo a lo establecido en el manual de habilitación</li> </ul>				
20	<p>Se dispone adecuadamente los desechos sólidos y bioinfecciosos, para tal fin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Los Desechos reciben tratamiento previo a su disposición final</li> <li>b) Separan la basura común, de los residuos bioinfecciosos usando preferiblemente bolsas plásticas color rojo para los residuos especiales como reactivos y químicos y los desechos comunes preferiblemente en bolsas de plásticas color negro.</li> <li>c) El personal de limpieza utiliza guantes para evitar contacto directo a la piel con los envases</li> <li>d) Existe una disposición final adecuada de los desechos bioinfecciosos: incineración o fosa de seguridad</li> <li>e) - En caso de no utilizar ninguna de las anteriores presentar evidencias que tiene coordinaciones para el manejo adecuado de los desechos</li> </ul>				
21	<p>Se realiza controles de calidad y se lleva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Cuaderno de registro de controles de calibración de equipos</li> <li>- Plan de mantenimiento de los equipos</li> <li>- Evidencias de cumplimiento de mantenimiento</li> </ul>				

<p><b>22</b></p>	<p>El Personal de salud dispone de medidas de bioseguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos el personal está vacunado contra Hepatitis B</li> <li>- Utilizan guantes cuando realizan los procedimientos</li> <li>- Utilizan ropa limpia y especial durante el periodo laboral</li> <li>- Utilizan mascarillas y lentes protectores cuando realizan los procedimientos</li> <li>- Empaquetan preferiblemente en bolsas rojas, material desechable utilizado (gabachas, mascarillas, guantes, etc.)</li> </ul>				
------------------	--	--	--	--	--

**ANEXO 2.3.4**  
**CUESTIONARIOS SOBRE SERVICIOS OBSTÉTRICOS**

Labor y parto es el espacio donde se realiza la atención del parto, incluye el control del proceso del trabajo de parto, la atención y reanimación del bebé y seguimiento en el período posparto inmediato; así como la atención de las urgencias obstétricas.

No	Preguntas	Si	No	N/A	Observaciones
1	Labor y parto tiene las áreas mínimas siguientes: a) Área de transferencia de camillas b) Área de vestidores c) Labor d) Área de lavado obstétrico e) Estación de enfermería f) Expulsivo g) Área para la atención inmediata y reanimación del recién nacido h) Área sucia				
2	<b>Dispone de ubicación y accesibilidad adecuada</b> - Área señalizada como restringida se utiliza: batas, gorros - Acceso inmediato desde el exterior para pacientes que proceden de emergencia o de hospitalización				
3	<b>Dispone de personal profesional y técnico capacitado</b> - Cuenta con los siguientes perfiles: Enfermera Ginecoobstetra: Médico Ginecoobstetra: Auxiliares de Enfermería: Camillero: Técnico de anestesia: Afanadoras: Cada uno de los recursos está debidamente registrado				
4	<b>Cuenta con mobiliario básico para el funcionamiento</b> - Lockers metálicos para el personal que labora en un turno - Bancas de metal o madera pintada con esmalte que permita realizar el cambio de de ropa en el sitio - Anaquel para ropa limpia de quirófano ropa en el sitio - Anaquel para ropa limpia de quirófano				
	<b>AREA DE LAVADO</b>				
5	<b>Dispone de condiciones adecuadas para la atención</b> - ubicado inmediato a la sala de expulsivo - Superficie mínima de 3 mts2 por lavabo				

6	<p><b>Cuenta con mobiliario básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavado especial de acero inoxidable o porcelana con control de rodilla o piso por cada quirófano</li> <li>- Dispensador automático o de pedal de jabón antiséptico</li> </ul>				
7	<p><b>Dispone de los accesorios necesarios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepillos quirúrgicos</li> <li>- Cazo</li> <li>- Pinza de forester</li> <li>- Opcional dispensador de cepillos descartables</li> </ul>				
<b>ESTACION DE ENFERMERIA</b>					
8	<p><b>Dispone de condiciones adecuadas para la atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Superficie mínima 12 mts<sup>2</sup></li> <li>- Bodega de 2.5 mts<sup>2</sup>, para guardar material de reposición periódica.</li> <li>- Visibilidad a todas las camas</li> <li>- Teléfono conectado al sistema central del hospital y debe tener parlante para audio también conectado al sistema central del Hospital</li> </ul>				
9	<p><b>Dispone de mobiliario básico para el funcionamiento</b></p>				
10	<p><b>Cuenta con equipo básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Negatoscopio de un cuerpo</li> <li>- Tensiómetro mercurial o aneroide de bolsillo resistente a climas tropicales, aprueba de choques, se puede colgar el manómetro del brazalete</li> <li>- Estetoscopio de metal ligero con pieza de pecho giratoria, un lado diafragma, otro corneta</li> <li>- Oto-oftalmoscopio: otoscopio, oftalmoscopio de cierre enchufable, portalámparas, tres espejuelos auriculares</li> <li>- Cinco termómetros</li> <li>- Porta-termómetros</li> <li>- Balanza con tallímetro de 195 cm./pulgadas</li> <li>- Equipo de intubación endotraqueal completo (balón, válvula y mascarilla)</li> <li>- Un Martillo de reflejos tipo Taylor 195 mm, 73/4</li> <li>- Una Lámpara de mano.</li> <li>- Baterías alcalina de acuerdo al tipo de lámpara</li> <li>- Refrigerador o termo con refrigerantes para preservar medicamentos</li> </ul>				
11	<p><b>Cuenta con accesorios mínimos para su funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patos de adultos</li> <li>- Piches de adulto</li> <li>- Riñonera</li> <li>- Pana para baño</li> <li>- Pichel para soluciones</li> <li>- Bandeja de medicamentos</li> <li>- Cinta métrica</li> </ul>				

12	<p><b>Cuenta con instrumentos y accesorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batas para pacientes</li> <li>- Ropa de cama</li> <li>- Cinta métrica</li> <li>- ampollas de oxitocina</li> <li>- Soluciones IV.</li> <li>- Material de reposición periódica</li> </ul>				
	<b>AREA DE LABOR</b>				
13	<p><b>Dispone de condiciones adecuadas para la atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmediato al área de expulsivo y con visibilidad a la estación de enfermería</li> <li>- Superficie mínima de 9 mts<sup>2</sup> por cama separados por cortinas o mamparas</li> <li>- Lavamanos con dispensador integrado y dispensador con alcohol gel (este último es puede ser opcional)</li> <li>- Superficie por cama de 1 m de ancho entre cada cama o pared y un pasillo de 1.25 mts, para facilitar el tránsito de camas, la anchura libre de las habitaciones no debería ser inferior de 3.75 mts. De haber camas frente a frente el pasillo debe ser como mínimo de 2.20 mts libres.</li> <li>- Camas ubicadas en torno a la estación de enfermería</li> </ul>				
14	<p><b>Dispone mobiliario básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Camas hospitalarias multiposicionales</li> <li>- Establecimientos del primer nivel mínimo dos camas, en hospitales del segundo nivel, mínimo de seis camas</li> <li>- Colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto</li> <li>- Gradillas</li> <li>- Mesa de preparación de labor</li> </ul>				
15	<p><b>Dispone equipo básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler</li> <li>- Sistema de suministro de oxígeno con flujómetro - humidificador y llave Stillson en caso de tanques</li> <li>- Lámpara cuello de cisne</li> </ul>				
16	<p><b>Dispone de instrumentos y accesorios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Balde de acero inoxidable</li> <li>- Porta sueros metálico con rodos</li> <li>- Silla de ruedas</li> </ul>				
	<b>AREA DE EXPULSIVO</b>				
17	<p><b>Dispone de condiciones adecuadas para la atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmediato al área de labor</li> <li>- Superficie mínima de 12 mts<sup>2</sup> por camilla de expulsión y un área anexa para atención del recién nacido</li> <li>- Un expulsivo por cada tres camas de labor</li> <li>- Drenaje de piso con su tapa de rosca</li> </ul>				

18	<p><b>Dispone de mobiliario básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesa de expulsivo</li> <li>- Asiento giratoria graduable</li> <li>- Asiento giratorio con respaldo</li> <li>- Mesa Mayo</li> <li>- Anaquel de dos puertas con chapa y llave</li> <li>- Camilla de traslado</li> <li>- Reloj de pared con segundero</li> <li>- Recipiente rígido para punzocortantes</li> <li>- Lámpara para emergencias portátil</li> </ul>				
19	<p><b>Cuenta con Equipo básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estetoscopio pediátrico de metal ligero con pieza de pecho giratoria, un lado diafragma , otro corneta</li> <li>- Sistema de abastecimiento de oxígeno y llave Stillson en caso de tanques</li> <li>- Lámpara cielítica o de cuello de cisne</li> <li>- Aspirador portátil para succión regulable</li> </ul>				
20	<p><b>Cuenta con instrumentos básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo para la atención del parto</li> <li>- Equipo para la atención al recién nacido</li> <li>- Equipo de cirugía menor: Cazo, porta pinza, bisturí, porta bisturí, pinza de sutura, tijera de disección con dientes y sin dientes, mosquito curva y recto</li> <li>- Portasuero en tubo de hierro cromado de altura ajustable y rodos por cama</li> <li>- Balde de acero inoxidable para desechos</li> <li>- Equipo básico para anestesia</li> </ul>				
21	<p><b>Cuenta con insumos mínimos para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 ampollas de ergometrina</li> <li>- Ampollas de sulfato de magnesio</li> <li>- Ampollas de hidralazina</li> <li>- Material de reposición periódica</li> </ul>				
<b>ÁREA DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</b>					
22	<p><b>Cuenta con mobiliario básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantry con pana doble de acero inoxidable</li> <li>- Reloj de pared con segundero</li> <li>- Bascinet</li> <li>- Cuna térmica</li> <li>- Mesa de trabajo para abordaje del recién nacido</li> <li>- Una incubadora cada dos expulsivos</li> </ul>				

23	<p><b>Cuenta con equipo básico para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estetoscopio neonatal</li> <li>- Balanza pediátrica de cuchara</li> <li>- Resucitador para recién nacidos, balón, válvula y mascarilla</li> <li>- Termómetros</li> <li>- Lámpara de cuello de cisne</li> <li>- Sistema de abastecimiento de oxígeno y llave Stillson en caso de tanques</li> <li>- Laringoscopio neonatal con sus accesorios</li> <li>- Succión</li> </ul>				
24	<p><b>Cuenta con instrumentos y accesorios básicos para su funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peras de aspiración</li> <li>- Ambú neonatal</li> <li>- Tubo endotraqueal</li> <li>- Set de cateterismo (Onfaloclísis)</li> <li>- Clams umbilicales</li> <li>- 10 ampollas de Vitamina K - Antibióticos oftálmicos</li> <li>- Material de reposición periódica</li> </ul>				
	<b>AREA SUCIA</b>				
25	<p><b>Dispone de condiciones adecuadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salida exclusiva para material sucio</li> <li>- Superficie mínima 8 mts<sup>2</sup></li> <li>- Servicio higiénico</li> <li>- Pantry con pana de acero inoxidable para lavado de equipos, instrumentos, pateras</li> <li>- Pila para eliminación de desechos</li> <li>- Hamper o contenedores para ropa sucia</li> <li>- Salida exclusiva por ventana de guillotina para material sucio</li> </ul>				
26	<p><b>Dispone de accesorios para el funcionamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recipientes con tapa para depósito de ropa contaminada</li> <li>- Recipientes con tapa para depósito de ropa sucia</li> </ul>				
	<p><b>Realiza controles de calidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuaderno de registro de controles de calibración de equipos</li> <li>- Plan de mantenimiento de los equipos</li> <li>- Evidencias de cumplimiento de mantenimiento</li> </ul>				

	<p><b>Personal de salud dispone de medida de bioseguridad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos el personal está vacunado contra Hepatitis B</li> <li>- Utilizan guantes cuando realizan los procedimientos</li> <li>- Utilizan gabachas limpias durante el periodo laboral</li> <li>- Utilizan mascarillas cuando realizan los procedimientos</li> <li>- Utilizan lentes protectores cuando realizan los procedimientos</li> <li>- Desechan los guantes perforados</li> <li>- Empaquetan preferiblemente en bolsas rojas, material desechable utilizado (gabachas, mascarillas, guantes, etc.)</li> <li>- Recipientes de material rígido, impermeable, resistente e imperforables para eliminar materiales punzo cortantes</li> <li>- Cuentan con un mínimo de cuatro litros de hipoclorito sodico al 0.5% (cloro)</li> </ul>				

### 2.3.5 Central de Equipo

En esta área se realiza la preparación mediante procedimientos específicos necesarios para evitar infecciones a los usuarios así como la distribución del material esterilizado.

	<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N A</b>	<b>Referencia</b>
1	Se ubica contiguo al bloque quirúrgico, guarda relación de proximidad con labor y parto y emergencias; debe tener fácil comunicación interior con el resto de áreas. Dotado de condiciones climáticas de temperatura y humedad, su acceso es limitado y tiene dos áreas perfectamente definidas, la sucia y la limpia. Los espacios y circulaciones permitirán que el circuito de material sucio no pueda cruzarse con el circuito de material limpio y estéril.				
	<p>Área sucia: cuenta con las siguientes áreas; recepción de material sucio, lavado de instrumentos, preparación y empaque, esterilización</p> <p>1 <i>Recepción de material sucio</i>: el material llega en carros procedentes de las estaciones de enfermería de hospitalización, emergencias, consulta externa o directamente del bloque quirúrgico.</p> <p>2 <i>Área de lavado de instrumentos</i>: inmediato al área de recepción, se realiza la desinfección previa de los instrumentos; dispone de un pantry con doble pana de acero inoxidable y tiene comunicación con el bloque quirúrgico donde se recepciona el material sucio.</p> <p>3 <i>Área de preparación y empaque</i>: tiene comunicación directa con el área de lavado, dispone de una mesa para preparar el material.</p> <p>4 <i>Área de esterilización</i>: está ubicada en la zona más alejada del área de lavado.</p>				
	El autoclave debe instalarse de tal manera que para darle servicio de mantenimiento preventivo o correctivo no se ingrese al local.				
	Área limpia: cuenta con dos áreas; almacén de material estéril, área de entrega de material estéril				

	<p><i>Almacén de material estéril:</i> próximo a la zona de esterilizadores, en esta área se almacena el material esterilizado en estantes preferiblemente metálicos. Los materiales se deben manipular lo menos posible y deben estar a un metro del piso y a una distancia mínima de 45 cm. del techo, el material se debe rotar, colocando en la parte posterior el de esterilización reciente, de manera que se utilice primero el que este próximo a caducar, esta área comunica directamente con el arsenal del bloque quirúrgico.</p>				
	<p><i>2 Área de entrega de material estéril:</i> la entrega se realiza a través de un mostrador que actúe como barrera sanitaria, podrá entregarse en bandejas que se colocan sobre los carros limpios para las diferentes áreas del establecimiento excepto el bloque quirúrgico que se realiza a través de una ventana que comunica con el arsenal de bloque quirúrgico. Se debe considerar de igual forma el área para de filtro, vestidores para el personal, servicios sanitarios con inodoros, lavamanos y un área de aseo exclusivo para el área.</p>				

**ANEXO 2.4**  
**Control de operaciones**

**2.4.1 Programa de mejoramiento continuo de la calidad**

<b>Orden</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N A</b>	<b>Referencia</b>
<b>IA</b>	<b>Planificación y Aprobación del Plan para la elaboración del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMCC).</b>				Arto. 7. Ley 423, numeral 17
<b>IA1</b>	¿El Hospital Tiene nombrado y organizado un equipos conductor de la calidad?				Arto. 95. R.L.G.S.
<b>IA2</b>	¿El Equipo Conductor de la Calidad, los Comités y los Equipos de la Calidad de los servicios desarrollan la planificación del PMCC?				Arto. 96-111 R.L.G.S.
<b>IA3</b>	¿El hospital Declara la Misión y Visión del Hospital?				Arto. 112 R.L.G.S.
<b>IA4</b>	¿El hospital analiza y valora el ambiente externo e interno del hospital.				Arto. 127 R.L.G.S.
<b>IA5</b>	¿El hospital define cuales son los clientes del programa de calidad?				Arto. 119 R.L.G.S.
<b>IA6</b>	¿El hospital realiza el análisis de Actores con relación al problema priorizado?				Arto. 112 R.L.G.S.
<b>IA7</b>	¿El equipo conductor o comité de la calidad del hospital ha elaborado el Programa Anual de Mejoramiento Continuo de la Calidad?				Arto. 110 R.L.G.S.
<b>IA8</b>	¿Está el programa aprobado por la dirección?				Arto. 110 R.L.G.S.
<b>IA9</b>	¿La Dirección del Hospital, el Equipo de Dirección y Comités han aprobado, declarado y actualizado las políticas, objetivos, resultados esperados, actividades, indicadores, fuentes de verificación, la fecha de cumplimiento de las actividades y presupuesto.				Arto. 104 R.L.G.S.
<b>IA10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Existen en el hospital evaluaciones del cumplimiento de los Programa Anual del Mejoramiento Continuo de la Calidad?</li> </ul>				Arto. 112 R.L.G.S.
<b>IA11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Existe en el hospital documentación en la que se declara la política del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.</li> </ul>				Arto. 112 R.L.G.S.
<b>IA12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Está autorizado la asignación formal por la Dirección del Hospital del personal encargado de la conducción del PMCC?</li> </ul>				Arto. 110 R.L.G.S.
<b>IA13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Está Especificado de los tipos de reportes de progreso que deberá realizar el hospital rutinariamente para describir las acciones tomadas y el impacto alcanzado?</li> </ul>				

Orden	Pregunta	Si	No	N A	Referencias
<b>IB</b>	<b>Estructura Organizativa de la Calidad.</b>				
<b>IB1</b>	¿El hospital establece una estructura organizativa de soporte a la calidad, que comprende diferentes niveles de actuación, entre los cuales se pueden identificar los Equipos de Calidad y los Comités Hospitalarios?				Arto. 111 R.G.L.S
<b>IB2</b>	El Hospital tiene organizado un grupo de trabajo que dirija y coordine las actividades de la calidad?				Arto. 110 R.G.L.S
<b>IB3</b>	¿Este grupo de trabajo se denomina Comité Evaluador de la Calidad (ECC) y está dirigido por un Coordinador, quien asume la conducción del PMCC?				Arto. 110 R.G.L.S
<b>IB4</b>	¿El Coordinador del ECC, tiene un marco de actuación definido por el hospital, dedicando las horas que han sido designadas para el efecto?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IB5</b>	¿Se cuenta en el hospital con recursos humanos, físicos o materiales asignados para el mejoramiento de la Calidad?				Arto. 110 y 112 R.G.L.S.
<b>XI B.6</b>	¿El Equipo evaluador de la Calidad y los equipos de calidad de los servicios dan seguimiento a las actividades y al sistema de monitoreo del PMCC?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IB7</b>	¿Los equipos de la calidad en cada uno de los servicios hospitalarios están integrados por un mínimo de 3 y máximo de 5 profesionales, técnicos y administrativos pertenecientes a las diferentes disciplinas del hospital?				Arto. 112 R.G.L.S.
<b>IB8</b>	¿Las responsabilidades para los directivos y miembros de las estructuras de la calidad establecidas en el PMCC, están vinculadas con los compromisos de gestión y a las funciones especificadas de su puesto de trabajo?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IB9</b>	¿Las responsabilidades determinadas están consideradas como parte del reglamento del hospital?				Arto. 116 R.G.L.S.
<b>IB10</b>	¿Existe una declaración Aprobación y Divulgación de Políticas del desarrollo continuo de la calidad?				
<b>IC</b>	<b>Identificación, selección y priorización de problemas y procesos claves</b>				Arto. 112 R.G.L.S.
<b>IC1</b>	¿Se identifican los problemas y procesos claves a nivel general del establecimiento y por cada uno de estos servicios y/o unidades?				
<b>IC2</b>	¿Este proceso lo realiza el Equipo Conductor de la Calidad, con el concurso de cada uno de los Comités y Equipos de Calidad pertenecientes a cada uno de los servicios y/o unidades, y de otros profesionales, técnicos y personal administrativo del hospital?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IC3</b>	¿Se priorizarán aquellas oportunidades de mejoramiento que están fuertemente relacionadas con la misión, visión, valores, filosofía, políticas y metas del servicio?				
<b>IC4</b>	¿Se consideran prioritarios aquellos procesos que son de alto riesgo, alto volumen y alta importancia como problema?				Arto. 113 R.G.L.S.

<b>Orden</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N A</b>	<b>Referencia</b>
<b>IC5</b>	¿Se priorizan aquellas oportunidades de mejoramiento que reflejan las necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IC6</b>	¿Se priorizan aquellas oportunidades de mejoramiento que tienen un alto impacto en el servicio?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IC7</b>	¿Se consideran prioritarias aquellas oportunidades de mejoramiento que se orientan a procesos de alto costo?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IC8</b>	¿Es priorizada una oportunidad de mejoramiento cuando representa un aspecto del desempeño que cruza funcional e interdisciplinariamente a la organización?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IC9</b>	¿Los nuevos diseños o rediseños de procesos corresponden tanto a áreas asistenciales (clínico-quirúrgicas) como a áreas administrativas?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IC10</b>	¿En el proceso de integración de los Equipos de calidad por servicios y/o unidades, se garantiza la participación de técnicos y profesionales pertenecientes a los sectores médicos, de enfermería, otros técnicos y personal directivo?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>ID</b>	<b>Identificación de los Usuarios Internos y Externos</b>				
<b>ID1</b>	¿El Equipo Conductor de la Calidad de la Calidad, en conjunto con representantes de los profesionales, técnicos y personal administrativo involucrados, realiza la identificación de los usuarios internos y externos con relación al problema priorizado?				Arto. 113 R.G.L.S.
<b>IE</b>	<b>Análisis de la Satisfacción de Usuarios</b>				
<b>IE1</b>	¿El hospital investiga al menos dos veces al año la percepción de satisfacción de los usuarios?				Arto. 106 R.G.L.S.
<b>IE2</b>	Para la valoración de la satisfacción de usuarios externos la encuesta incorpora las siguientes dimensiones tales como: acceso, tangibilidad, trámites, tiempo de espera por el servicio; educación brindada en el uso de medicamentos; calidad y calidez en la relación interpersonal pacientes-personal, capacidad de los profesionales y condiciones ambientales?				Arto. 106 R.G.L.S.
<b>IE3</b>	¿Son analizados los resultados de la encuesta de percepción y se identifican áreas de mejora por servicios?				Arto. 106 R.G.L.S.
<b>IE4</b>	¿Existen y se usan buzones de quejas y sugerencias en los distintos puntos de los procesos claves de atención?				Arto. 106 R.G.L.S.
<b>IE5</b>	¿Existe una persona responsable del análisis semanal de la información de las quejas y sugerencias?				Arto. 106 R.G.L.S.
<b>IE6</b>	¿Se informan los resultados de las quejas y sugerencias de los usuarios para toma de decisiones por el Director, Sub Directores, jefes de Departamentos, servicios o unidades?				Art. 106 R.G.L.S.
<b>IF</b>	<b>Establecimiento de la línea de base</b>				Arto. 112 R.G.L.S.

Orden	Pregunta	Si	No	N A	Referencia
IF1	¿Se ha realizado alguna línea de base sobre las funciones de calidad del programa de mejoramiento Continuo de la Calidad en el hospital?				
IF2	¿El director y su equipo conocen los resultados?				
<b>IG</b>	<b>Recolección de datos de los procesos diseñados o rediseñados</b>				
IG1	¿Se realiza recolección de datos de los procesos prioritarios como claves por el hospital?				
IG2	¿El hospital dirige acciones para recolectar datos de las necesidades, expectativas y satisfacción de los pacientes y familiares?				Arto. 106 R.G.L.S.
IG3	¿El hospital realiza averiguaciones acerca de las necesidades, expectativas, percepciones de satisfacción de los usuarios a sus necesidades y de cómo el hospital puede mejorar sus servicios?				Arto. 106 R.G.L.S.
IG4	¿El hospital prioriza la recolección de datos de aquellos procesos que son de alto riesgo, alto volumen y relevancia como problema?				Arto. 116 R.G.L.S.
IG5	¿El hospital recolecta datos sistemáticamente de los procedimientos invasivos o no invasivos en los procesos siguientes:				Arto. 116
	• Selección del procedimiento más apropiado				
	• Preparación del paciente para el procedimiento				
	• Aplicación del procedimiento y monitoreo				
	• Atención post procedimiento				
	• Educación post procedimiento				
IG6	¿El hospital recolecta datos acerca del uso de medicamentos?				Arto. 113 R.G.L.S.
IG7	La medicación es importante por los riesgos y beneficios que representa para el paciente. Los riesgos se relacionan con los efectos colaterales en el uso a corto plazo, en el largo plazo con los niveles de uso y toxicidad. ¿Se recolecta datos de los efectos de las interacciones medicamento-medicamento e interacciones medicamentos-alimentos?				Arto. 113 R.G.L.S.
IG8	¿El hospital mide estos riesgos?				Arto. 113 R.G.L.S.
IG9	¿Si el hospital investiga estos riesgos la medición cumple con los datos los siguientes:				Arto. 113 R.G.L.S.
	Número de pacientes tomando un medicamento				Arto. 113 R.G.L.S.
	• Equilibrio entre el riesgo y potencial efecto terapéutico				
	• Medicamentos con efectos indeseables conocidos				

<b>Orden</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N A</b>	<b>Referencia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción, preparación y dispensación y monitoria de los efectos.</li> </ul>				
<b>IG10</b>	¿El hospital recolecta datos acerca del uso de sangre y sus componentes?				
<b>IG11</b>	¿Se recolectan datos de acerca de las indicaciones médicas de su uso, su almacenamiento, distribución, administración y monitoreo de los efectos?				
<b>IG12</b>	El hospital recolecta datos acerca del manejo de riesgos y control de la calidad, la recolección de datos del manejo del riesgo y control de la calidad es integrada y guiada por criterios claros y precisos?				
<b>IG13</b>	Las actividades de control de la calidad se refieren al menos a las siguientes áreas y/o servicios?:				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorio clínico</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiología</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrición</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipos usados para administrar y preparar medicamentos</li> </ul>				
<b>IG14</b>	¿El hospital resume un conjunto de indicadores, que a partir de la implementación del PICCP, han sido identificados?				
<b>IG15</b>	¿El hospital realiza los análisis comparativos con otros hospitales sobre la base de indicadores precisos, en los que se ha asegurado que el proceso de diseño y selección ha sido similar?				
<b>IH</b>	<b>Establecimiento de Estándares</b>				
<b>IH1</b>	¿El hospital a través de su Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad aplica estándares e indicadores?				
<b>IH2</b>	¿Existe un papel activo y sistemático de la dirección del hospital para crear una cultura de trabajo basado en estándares e indicadores?				
<b>IH3</b>	¿La dirección hospitalaria promueve la coordinación cuidadosa entre los servicios y las diversas disciplinas?				
<b>II</b>	<b>Identificación de indicadores</b>				
<b>II1</b>	¿Para cada uno de los procesos diseñados o rediseñados se han identificado un conjunto de estándares e indicadores específicos de estructura, proceso y resultados?				
<b>II2</b>	¿Los estándares e indicadores son monitoreados y evaluados mensualmente?				
<b>II3</b>	¿En la práctica clínica se utilizan guías o protocolos adaptados a las características propias del hospital y sus usuarios?				

<b>Orden</b>	<b>Pregunta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>N A</b>	<b>Referencia</b>
<b>IJ</b>	<b>Valoración de procesos</b>				
<b>IJ1</b>	¿El hospital realiza valoraciones de sus procesos priorizados?				
<b>IJ2</b>	¿Existe en el proceso de gestión hospitalario la utilización de cuadro de mando?				
<b>IJ3</b>	¿El hospital para valorar su desempeño utiliza el análisis comparativo con el estándar contenido en sus compromisos de gestión anual?				
<b>IJ4</b>	¿Cuando existan variaciones importantes en un proceso en particular el hospital analiza las causas y toma decisiones oportunas?				
<b>IK</b>	<b>Implementación del Plan de Mejoramiento a nivel de los servicios y/o unidades</b>				Arto. 106 R..G.L.S.
<b>IK1</b>	¿El hospital desarrolla planes de mejoramiento de forma sistemática?				
<b>IK2</b>	¿Los planes de mejoramiento son basados en prioridades?				
<b>IK3</b>	¿Las actividades de mejoramiento son implementadas de forma completa?				
<b>IK4</b>	¿Una vez diseñado y/o rediseñado el proceso respectivo se definen actividades, metas y responsables?				
<b>IK5</b>					
<b>IK6</b>	¿Existe un Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad hospitalaria impreso?				
<b>IK7</b>	¿De existir el documento cuenta con los siguientes componentes?:				
	1. Introducción				
	2. Antecedentes				
	3. Misión y Visión del Hospital				
	4. Problemas priorizados				
	5. Objetivos				
	6. Procesos claves de carácter estratégico, operativos (clínico-asistenciales) y de soporte				
	7. Metas				
	8. Proyectos relativos a los procesos claves priorizados				
	9. Organización hospitalaria para la calidad				
	10. Sistema de monitoreo y evaluación				
	11. Procesos de formación y capacitación de los recursos humanos en salud.				
<b>IL</b>	<b>Capacitación en los Servicios y/o Unidades</b>				
<b>IL1</b>	¿Se desarrolla un proceso de capacitación del personal de los servicios y/o unidades involucradas con el				Política nacional de



### 3. PROGRAMAS DE TRABAJO

#### Revisión del manejo del expediente clínico

	<p><b>I. OBJETIVOS</b></p> <p>Determinar el cumplimiento de los requisitos de información y manejo de los expedientes clínicos conforme lo establecido en la normativa 004 “Norma para el manejo del expediente clínico y verificar el empleo correcto de los mismos, como principal documento médico legal para valorar calidad de la atención de un usuario en establecimiento de salud.</p> <p><b>II. PROCEDIMIENTOS</b></p> <p>1. Efectúe revisión selectiva de expedientes clínicos y verifique lo siguiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Que cada usuario tenga un solo expediente clínico, independientemente del número de atenciones e ingresos; conteniendo tantas historias clínicas como admisiones sucedan.</li> <li>b) Que se anexen al expediente todas las hojas de la atención que ha recibido dentro del mismo establecimiento incluyendo las hojas de emergencia.</li> <li>c) Que La numeración del expediente clínico sea individual y única; asignado por el personal de admisión en el momento que se esté elaborando el expediente clínico.</li> <li>d) El archivo de los expedientes clínicos se haga de forma centralizada (no se podrá seccionar por sexos, por programas, etc.) y solamente dividido en un archivo activo y un archivo pasivo.</li> <li>e) La unidad de archivo funcione con un horario adecuado a las necesidades de la unidad de salud y disponga de los espacios para ordenar los archivos tanto activos como pasivos.</li> <li>f) Que los expedientes sean conservados en archivo activo por un período no mayor de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.</li> <li>g) Que después de los cinco años de inactividad por parte del usuario que no haya recibido atención en la unidad de salud, se conserven los expedientes en archivo pasivo al menos por 5 años más.</li> </ul>		

	<p>h) Que el traslado de expediente clínicos del archivo activo al pasivo (pasivación) se realice una vez en el año de acuerdo a su actividad, o sea tomando en cuenta la fecha de la última atención brindada al usuario y no al número de consultas recibidas.</p> <p>i) Que Los expedientes clínicos de usuarios fallecidos se guarden en los archivos pasivos para efectos de investigación y nunca se eliminarán.</p> <p>j) Que en caso que no se disponga de espacios físicos para guardar los expedientes de personas fallecidas se almacenen utilizando microfilmación para guardar la información de los mismos.</p> <p>k) Que los expedientes clínicos pasivados se reincorporar al archivo activo una vez que el usuario solicite nuevamente su atención, siguiendo las normas establecidas para tales casos.</p> <p>l) Solicite los casos de destrucción de expediente clínico en el archivo pasivo y si este no ha sido activado durante todo este periodo, mediante acta que compruebe los diez años de inactividad</p> <p>m) Que los casos de usuarios con enfermedades crónicas o tratamientos prolongados, sus expedientes clínicos no sean eliminados.</p> <p>2. Solicite los expedientes clínicos a revisar en base a muestra determinada en el alcance de la auditoría y compruebe los requisitos siguientes que deberá demostrar en la cédula de trabajo correspondiente:</p> <p>a) Compruebe que todas las hojas o formatos lleven los datos de identidad del usuario: nombre, número de expediente, ubicación (servicio, cubículo, cama),</p> <p>b) Nombre y perfil del profesional que atiende al usuario,</p> <p>c) Hora y fecha de la nota,</p> <p>d) Firma y el sello del profesional de la salud que realice las notas</p> <p>e) Nombre del establecimiento proveedor de servicio de salud.</p> <p>3. Compruebe los requisitos de presentación del expediente</p> <p>a) Que posea una carpeta, constituida por una portada y una contraportada:</p>		
--	---	--	--

	<p>b) Que la portada contenga los datos de identificación del usuario (primer apellido, segundo apellido, nombres; fecha de nacimiento que debe ser verificado con su número de cedula, acta de nacimiento, tarjeta de vacuna o pasaporte), dirección exacta que indique barrio, comarca, etc.; SILAIS y Municipio al que pertenece el establecimiento proveedor de servicios de salud y el nombre del establecimiento.</p> <p>c) Que la contraportada revele los datos referentes a los ingresos, hospitalizaciones, citas o el listado de problemas (en algunos casos).</p> <p>d) Indicación del Número de seguro cuando corresponda el caso.</p> <p>e) En caso de hospitalización que las carpetas o cubiertas del expediente clínico dispongan de un “porta expediente” que consiste en un sujetador metálico donde se colocan el nombre completo del usuario, su número de expediente, y su número de cama.</p> <p>f) Que cada carpeta enumerada contenga únicamente papelería con información del usuario, correspondiente al nombre y número de dicho expediente, la cual se arreglará de acuerdo con la organización y el orden del expediente clínico que se establece en la guía de manejo</p> <p>5. Verifique que cada expediente contenga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carpeta.</li> <li>- Lista de problemas al reverso de la portada.</li> <li>- Hoja de información de condición diaria del usuario.</li> <li>- Notas de evolución y tratamiento.</li> <li>- Hoja de referencia y contrarreferencia.</li> <li>- Hoja del servicio de emergencias.</li> <li>- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.</li> <li>- Interconsulta y tránsito de usuario.</li> <li>- Control de medicamentos.</li> <li>- Notas de enfermería.</li> <li>- Consentimientos informados.</li> <li>- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos.</li> </ul> <p>6. Verifique que los formatos del expediente clínico sean de tamaño carta, salvo aquellos formatos como los reportes de laboratorios que pueden ser de tamaño más reducidos, comprobando además que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cada formato lleve el título que identifique su contenido; registro de nombre, apellido y número de expediente del usuario.</li> <li>b) Los formatos sean impresos en ambas caras, en papel lo suficientemente gruesos para que no pase la tinta</li> <li>c) Que se utilicen únicamente los formatos autorizados</li> </ul>		
--	--	--	--

	<p>7. Compruebe el Orden del Expediente Clínico:</p> <p>a) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria exclusivamente en Consulta Ambulatoria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carpeta</li> <li>- Lista de problemas al reverso de la portada.</li> <li>- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.</li> <li>- Referencia y/o Contrarreferencia.</li> <li>- Hoja de interconsulta y tránsito del usuario.</li> <li>- Notas de evolución y tratamiento.</li> <li>- Notas de enfermería.</li> <li>- Historia Clínica General.</li> <li>- Consentimientos informados.</li> <li>- Hoja de identificación del usuario.</li> <li>- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada).</li> </ul> <p>b) En establecimiento de salud que brindan atención ambulatoria y hospitalización:</p> <p><u>Consulta Ambulatoria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carpeta</li> <li>- Lista de problemas al reverso de la portada.</li> <li>- Notas de evolución para nuevas consultas</li> <li>- Epicrisis.</li> <li>- Constancia de Abandono.</li> <li>- Registro de admisión y egreso.</li> <li>- Notas de evolución y tratamiento durante la hospitalización.</li> <li>- Hoja de información de condición diaria del usuario.</li> <li>- Servicio de emergencias.</li> <li>- Nota de ingreso.</li> <li>- Nota de recibo.</li> <li>- Historia Clínica General.</li> <li>- Notas de enfermería.</li> <li>- Control de medicamentos.</li> <li>- Perfil o control fármaco terapéutico.</li> <li>- Nota operatoria.</li> <li>- Control pre y postoperatorio.</li> <li>- Registro de anestesia.</li> <li>- Recuento de compresas.</li> <li>- Registro gráfico.</li> <li>- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.</li> <li>- Transferencia y contrarreferencia.</li> <li>- Interconsulta y tránsito del usuario.</li> <li>- Consentimiento informado.</li> <li>- Reporte de laboratorios y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.</li> </ul>		
--	---	--	--

	<p><b>En hospitalización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carpeta.</li> <li>- Lista de problemas al reverso de la portada.</li> <li>- Hoja de información de condición diaria del usuario.</li> <li>- Perfil o control fármaco terapéutico.</li> <li>- Registro gráfico de signos vitales.</li> <li>- Control de signos vitales e ingeridos y eliminados.</li> <li>- Notas de evolución y tratamiento.</li> <li>- Nota de ingreso; Nota de recibo.</li> <li>- Historia clínica.</li> <li>- Hoja del servicio de emergencias.</li> <li>- Notas de enfermería.</li> <li>- Control de medicamentos.</li> <li>- Control pre operatorio y Nota operatoria.</li> <li>- Registro de anestesia.</li> <li>- Control postoperatorio y evolución durante el periodo de anestesia</li> <li>- Recuento de compresas.</li> <li>- Interconsulta y tránsito de usuario.</li> <li>- Referencia y contrarreferencia.</li> <li>- Consentimientos informados.</li> <li>- Registro de admisión y egreso.</li> <li>- Reporte de laboratorio y medios diagnósticos al reverso de la contraportada.</li> </ul>		
--	---	--	--

**ANEXO 4**

**MODELOS DE CÉDULA**

**4.1 Cedula de chequeo para revisión historias clínicas**

<b>La Historia Clínica cuenta con los siguientes formatos e información:</b>		<b>Expediente No</b>				
Carpeta	Nombre del usuario (primer apellido, segundo apellido, nombres)					
	Fecha de nacimiento verificada con su número de cedula, acta de nacimiento, tarjeta de vacuna o pasaporte),					
	Dirección exacta que indique barrio, comarca, etc.;					
	Nombre del Centro proveedor de salud, Municipio al que pertenece					
Datos generales	Nombres y apellidos					
	Lugar de nacimiento					
	Edad					
	Domicilio					
	Documento de identidad					
	No. Seguro Social					
	Nombres y apellidos Nombre de la persona acompañante o responsable					
<b>Hoja gráfica de funciones vitales</b>						
<b>Anamnesis</b>	Motivo de Consulta					
	Enfermedad					
	Antecedentes					
<b>Examen físico</b>	General					
	Regional					
<b>Diagnóstico presuntivo</b>						
<b>Plan de trabajo</b>						
<b>Terapéutica y seguimiento</b>						
<b>Evolución Clínica (si es de hospitalización)</b>						
<b>Hoja de consentimiento informado (de ser el caso)</b>						
<b>Hoja de autorización de procedimiento quirúrgico (de ser el caso)</b>						
<b>Exámenes auxiliares</b>						
<b>Diagnóstico definitivo</b>						

<b>Epicrisis y/o resumen de Historia Clínica</b>					
<b>Historia Clínica perinatal y partograma (en caso de parto)</b>					
<b>La Historia Clínica contempla las siguientes características:</b>					
La información en sus formatos está registrada con letra clara y legible					
Se utilizan abreviaturas sin pre-existencia de manual de códigos y abreviaturas					
La información en sus formatos está registrada con lapicero					
Se han usado borradores o sustancias para cubrir los errores					
Al inicio de cada anotación se encuentra la hora y la fecha de registro					
Al final de cada anotación figura el nombre, número de colegiatura profesional y firma del profesional que la generó o que avala, en caso que la anotación sea generada por un estudiante de medicina					

## 4.2 Cédula para medir Producción de servicios y rendimientos

### 4.2.1 Hospitalización

Item	Servicio	Sección / Especialidad	Piso	Salas N° %	Camas N° %	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
	<b>TOTAL</b>					

### 4.2.2 Horas de Consulta Externa

HORAS SERVICIOS	LUNES	MARTES	MIÉR- COLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	TOTAL
1							
2							
3							
4							
5							
<b>TOTAL</b>							

**4.2.3 Bloque quirúrgico**

**Horas semanales de quirófano destinadas a los servicios**

Quirófano		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Total
Q1	I							
	F							
Q2	I							
	F							
Q3	I							
	F							
Q4	I							
	F							
Q5	I							
	F							
Q6	I							
	F							
Q7	I							
	F							
Q8	I							
	F							
<b>TOTAL</b>								

I= Hora de Inicio    F= Hora de Finalización

#### 4.2.4 Datos de internación

Internación		Año anterior	Año analizado
Camas disponibles			
Ingresos			
Egresos			
Días de está da			
Porcentaje de ocupación			
Promedio días de está da			
Giro de camas			
Motivos de egreso	Alta por mejoría		
	Traslados		
	Fallecidos		
	Otros		
Procedencia	Emergencia		
	Programados		
	Traslados		
Presión de urgencias (% de ingresos por Guardia)			
Reingresos < 1 mes			
Reingresos < 6 meses			
Tasa de mortalidad			

#### 4.2.5 Pruebas complementarias

Pruebas y tratamientos	Año anterior	Año analizado
Audiometrías		
Ecocardiografías		
Electrocardiograma		
Electroencefalograma		
Electromiografía		
Endoscopia		
Espirometría		
Hemodiálisis		
Hemodinamia		
Odontología		

#### 4.2. 6 Efectividad de laboratorio patológico

Anatomía patológica	Año anterior	Año analizado
Nº Autopsias		
Nº Biopsias		
Nº Biopsias intra-operatorias		
Nº Citologías		

Tiempo de demora de entrega informe	
Autopsias	
Biopsias programadas	
Intra-operatorias	
Citologías	

4.2. 7 Diagnóstico por imágenes

<b>DIAGNÓSTICO POR IMAGEN</b>	<b>Año anterior</b>	<b>Año analizado</b>			
			Mielografías		
<b>Radiología convencional</b>			Arteriografías		
Nº Pacientes			Flebografías		
Nº Placas			Otros (especificar)		
Nº Estudios			<b>TOTAL</b>		
Placas / Paciente			<b>TAC convencional</b>		
Placas / Estudio			TAC craneal		
% Desechadas			TAC body		
<b>TOTAL</b>			TAC contraste craneal		
<b>Radiología específica</b>			TAC contraste body		
Tomografías			Placas / Estudio		
Mamografías			<b>TOTAL</b>		
Ortopantografías			<b>RMN</b>		
Ecografías Ginecológicas			Sin contraste		
Otras ecografías			Con contraste		
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>		
<b>Radiología con contraste</b>			<b>Radiología intervencionista</b>		
Tránsito digestivo alto			Arterioplastía		
Rx de colon por enema			<b>TOTAL</b>		
Colecistografía			<b>Angiografía digital</b>		
Urografías			Coronografía		
Cistografías			Angiografía periférica		
Salpingografías			<b>TOTAL</b>		

**4.2. 8 Laboratorio clínico**

<b>LABORATORIO</b>	<b>Año anterior</b>	<b>Año analizado</b>	<b>Bacteriología</b>	<b>Año anterior</b>	<b>Año analizado</b>
			Nº Pacientes		
<b>Bioquímica</b>			Nº Solicitudes		
Nº Pacientes			Nº Determinaciones		
Nº Solicitudes			Determinaciones / Paciente		
Nº Determinaciones			Determinaciones / Solicitud		
Determinaciones / Paciente			<b>Hematología</b>		
Determinaciones / Solicitud			Nº Pacientes		
<b>Serología</b>			Nº Solicitudes		
Nº Pacientes			Nº Determinaciones		
Nº Solicitudes			Determinaciones / Paciente		
Nº Determinaciones			Determinaciones / Solicitud		
Determinaciones / Paciente			<b>Urgencias</b>		
Determinaciones / Solicitud			Nº Pacientes		
<b>Inmunología</b>			Nº Solicitudes		
Nº Pacientes			Nº Determinaciones		
Nº Solicitudes			Determinaciones / Paciente		
Nº Determinaciones			Determinaciones / Solicitud		
Determinaciones / Paciente			<b>TOTAL</b>		
Determinaciones / Solicitud			Nº Pacientes		
			Nº Solicitudes		
			Nº Determinaciones		
			Determinaciones / Paciente		
			Determinaciones / Solicitud		

### 4.2.9 Efectividad de atención - lista de espera

LISTA DE ESPERA DE ESPECIALIDADES	CONSULTA EXTERNA								CIRUGÍAS					
	DIFERIMIENTO			OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN					DIFERIMIENTO			OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN		
	Días	N° de Pacientes	inmediato	2 a 15 días	16 a 30 días	31 a 90 días	> 90 días	Días	N° de Pacientes	inmediato	2 a 15 días	16 a 30 días	31 a 90 días	> 90 días
Alergias														
Angiología														
Cardiología														
Cardiología														
Cirugía general														
Cirugía reconstructiva														
Clínica del dolor														
Dermatología														
Endocrinología														
Gastroenterología														
Genética														
Hematología														
Infectología														
Maxilo-facial														
Medicina física														
Medicina interna														
Nefrología														
Neumología														
Neurocirugía														
Neurología														
Oncología médica														
Oncología química														
Oftalmología														
Ortopedia y Traumat.														
Otorrinonaringología														
Reumatología														
Urología														
<b>TOTAL</b>														

#### 4.10 Espera de radiología y laboratorio

LISTA DE ESPERA RADIOLOGÍA Y LABORATORIO	CONSULTA EXTERNA						
	DIFERIMIENTO		OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN				
	Días	Nº de Pacientes	inmediato	2 a 15 días	16 a 30 días	31 a 90 días	> 90 días
Radiología convencional							
Radiología específica							
Radiología con contraste							
TAC convencional							
Ecografías							
RMN							
Radiología intervencionista							
Angiografía digital							
Bioquímica							
Serología							
Inmunología							
Bacteriología							
Hematología							
<b>TOTAL</b>							

#### 4.11 Espera para pruebas especiales

LISTA DE ESPERA PRUEBAS ESPECIALES	CONSULTA EXTERNA						
	DIFERIMIENTO		OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN				
	Días	Nº de Pacientes	inmediato	2 a 15 días	16 a 30 días	31 a 90 días	> 90 días
Audiometrías							
Ecocardio							
Electrocardiograma							
Electroencefalograma							
Electromiografía							
Endoscopia							
Espirometría							
Hemodiálisis							
Hemodinamia							
Odontología							
Otras							
<b>TOTAL</b>							

**ANEXO 5  
INDICADORES DE GESTION**

**5.1 Indicadores de Calidad**

<b>INDICADORES DE CALIDAD</b>	<b>VALOR</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Tasa de mortalidad	_____ %	Se debe evaluar la relación mortalidad / complejidad
Índice de autopsias	_____ %	
Índice de Infecciones Hospitalarias	_____ %	
Tasa de cesáreas	_____ %	Puede representar inadecuación. Se acepta que no debe superar el 20%
Índice de reingresos	_____ %	
Índice de reintervenciones	_____ %	
Nº de reclamos de pacientes registrados		
Medición de satisfacción del usuario		
Citaciones a Consultas Externas cumplidas	_____ %	
Consultas totales / hora médica contratada		

**5.2 Indicadores de Eficiencia**

<b>INDICADORES DE EFICIENCIA</b>	<b>VALOR</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Porcentaje de ocupación	_____ %	Se considera óptimo el 85%
Estancia media	_____ días	Debe relacionarse con el “mix” de diagnósticos del hospital. Puede indicar la complejidad de la atención
Rotación		Es elevada y está de acuerdo con la baja estancia media
Relación Consultas sucesivas / primeras		Lo habitual es 2:1.
Emergencias / día		Relacionar con la complejidad.
Intervenciones / Quirófano / Día	Totales _____ Mayores: _____	Se toma 250 días de trabajo.
Intervenciones quirúrgicas programadas	_____ %	
Intervenciones programadas / Quirófano / Día		

### 5.3 Indicadores de Productividad

INDICADORES DE PRODUCTIVIDAD	VALOR	OBSERVACIONES
Egresos		Estancias + 0.4 x 1ª consultas + 0.2 cons. Sucesivas + 0.5 x Emergencias
Presupuesto anual de gastos		
Valor del Egreso	C\$ _____	Valor de 1 día de hospitalización
Egreso / personal total		
Egreso / Médico		
Egreso / Cama		
Camas Hospital /Camas zona de referencia	_____ %	
Egresos Hospital /Egresos zona de referencia	_____ %	Cuota de mercado
Personal total		
Personal total /Cama		
Médicos / Cama		
Enfermeras / Cama		
Administrativos / Cama		
Personal Servicios Generales / Cama		
Resto de personal / Cama		

### 5.4 Indicadores Económicos

INDICADORES ECONÓMICOS	VALOR	OBSERVACIONES
Presupuesto de ingresos	C\$ _____	
Presupuesto de gastos	C\$ _____	
Gasto en personal	C\$ _____	
% de gasto en personal	_____ %	
Gasto en personal por persona empleada	C\$ _____ / año	
Relación Gastos / Previsto		
Gastos de personal / Egreso	C\$ _____	

5.5 Indicadores de cumplimiento

INDICADORES ECONÓMICOS	VALOR
<b>Expedientes clínicas auditados con conformidad:</b>	$\frac{\text{No. de expedientes auditadas con conformidad}}{\text{Total de historias clínicas auditadas}} \times 100$
<b>Casos auditados que cumplen con protocolos o guías de atención clínica</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos que cumplen con protocolos clínica}}{\text{Total de casos auditados}} \times 100$
<b>Porcentaje de recetas revisadas que cumplen los requisitos</b>	$\frac{\text{Número de recetas a conformidad}}{\text{Total de recetas revisadas}} \times 100$
<b>Consumo potencial</b>	$Cp = \frac{\text{Consumo real del insumo}}{\text{No. de días en que efectivamente había existencia del insumo en farmacia}}$
<b>a) Disponibilidad del Insumo<sup>2</sup></b>	<p>DI: (Existencia en Almacén + Existencia en Farmacia a la fecha de corte</p> <p>Sumatoria de la existencia del insumo en el almacén más la existencia del insumo en la farmacia a la fecha de corte: Existencia del insumo en almacén, farmacia indistintamente de la fuente de adquisición (salidas de farmacia) del insumo en un período determinado</p>
<b>Cobertura Mensual de Insumo<sup>3</sup></b>	<p>Cociente de la Disponibilidad del insumo y el consumo promedio ajustado del insumo</p> <p>= <math display="block">\frac{\text{Existencia del insumo en el almacén} + \text{la existencia del insumo en la farmacia a la fecha de corte.}}{\text{Cociente del consumo real de un insumo en un periodo determinado y el número de días que efectivamente había el insumo multiplicado por 30}}</math></p>

## GLOSARIO

### DEFINICIONES:

**Abandono:** Toda acción mediante la cual el usuario desiste del derecho de la atención médica en cualquier establecimiento proveedor de servicios de salud. Respaldo de un documento con la firma del usuario en donde renuncia a sus derecho de la atención en salud.

**Acto Médico:** Acto en que el médico actúa como profesional de la medicina para prevenir, diagnosticar, pronosticar, tratar. Su significado habitual se suele circunscribir a las actuaciones dirigidas al diagnóstico y al tratamiento de un usuario individual.

**Acto de Salud:** Acto en el que el personal de salud actúa para prevenir, diagnosticar, pronosticar y tratar a un usuario de los servicios de salud.

**Alta:** Orden que el profesional de salud comunica a un usuario dando por finalizada su permanencia en un establecimiento proveedor de servicio de salud público o privado.

**Archivo Clínico:** unidad donde se resguardan los expedientes clínicos de los usuarios de los servicios de salud, actividad que conlleva la conservación de dichos documentos, así como el sigilo de la información que contienen.

**Área:** superficie comprendida dentro de un perímetro donde se tiene mobiliario y equipo para realizar acciones específicas de salud

**Área blanca:** zona restringida correspondiente a la sala de operaciones, área de recuperación, anestesia, enfermería, lavados quirúrgicos, cuidados intensivos y al pasillo de acceso al personal de salud a ésta. Puede incluir neonatología.

**Área de aseo:** espacio donde se concentran los materiales e instrumentos necesarios para la limpieza de piso, paredes y mobiliario

**Área de ducha de pacientes en camillas:** espacio destinado al aseo del paciente que ingresa a emergencia.

**Área de expulsivo:** espacio físico donde se atiende a la parturienta, aséptico al iniciar la expulsión.

**Área gris:** zona semirestringida a la que ingresa el paciente a través de un área de transferencia a la camilla que lo transporta a la sala de operaciones, así como la zona de recuperación, que incluye las áreas de trabajo de anestesia y de enfermería.

**Área de labor:** espacio físico donde se vigila la evolución del trabajo de parto.

**Área Sucia:** espacio exclusivo para depósito provisional de ropa y materiales sucios con ventana hacia la circulación de materiales sucios.

**Área de transferencia de camillas:** espacio donde el paciente se traslada de la camilla de hospitalización a una camilla que permanece dentro del bloque quirúrgico

**Área de Vestidores:** Punto de transición entre el área gris y el área blanca.

**Atención en Salud:** conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de promover, prevenir, restaurar y rehabilitar su salud.

**Atención ambulatoria:** servicios de salud que se brindan en régimen extrahospitalario. Aborda los problemas más frecuentes de la comunidad mediante la dispensación de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

**Auditoria Médica:** Es el análisis crítico y sistemático de la calidad del acto médico, incluyendo a los procedimientos diagnósticos y a las decisiones terapéuticas, al uso de los recursos y a los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente, con la finalidad de mejorar la calidad en los servicios de salud, y debe ser realizada por profesionales médicos capacitados por formación y/o por pericia en un tema médico específico.

**Auditoria de Historia Clínica:** También llamada “Análisis de la Calidad de las Historias Clínicas” es aquella auditoria cuyo objeto de estudio es la Historia Clínica y sus resultados dependerá de la forma como se encuentra organizada la información existente en ella.

**Auditoria de Caso:** Son aquellas en las que por su implicancia en las políticas de la institución, su carácter legal, o su complejidad requieren un manejo especial que obliga a la participación de diferentes especialidades médicas. La participación de los integrantes de este tipo de auditoría se fundamenta en el análisis de la Historia Clínica y sus anexos y en el consenso técnico-científico basado en el conocimiento académico legal y que regula el trabajo profesional.

**Autoridades en Salud:** Son las personas autorizadas por la Dirección Superior del Ministerio de Salud (MINSa), con funciones, facultades o competencias expresas de expedir o aplicar la regulación sanitaria en materia de políticas de salud en establecimientos públicos y privados.

**Banco de Sangre:** establecimiento que se encarga de la promoción, donación, selección del donante, extracción de sangre entera o hemocomponentes de aféresis, procesamiento, calificación inmunohematológica, calificación serológica, criopreservación, conservación, distribución, control de calidad de los productos y los servicios.

**Bloque Quirúrgico:** conjunto de locales relacionados con las intervenciones quirúrgicas o que se destinan a ellas

**Calidad de Atención Médica:** Consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. Es aquella que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar.

**Caso clínico:** Cuadro mórbido o patológico que padece una persona y que tiene las condiciones para considerarse como ejemplo clínico.

**Central de Equipos:** conjunto de espacios arquitectónicos con características de asepsia especiales, con áreas y equipos específicos donde se lavan, preparan, esterilizan, guardan momentáneamente y distribuyen, equipo, materiales, ropa e instrumental utilizados en los procedimientos médicos quirúrgicos, tanto en la sala de operaciones como en diversos servicios del hospital.

**Central de Gases:** local en donde se ubican de manera exclusiva los contenedores de oxígeno y de óxido nitroso y sus respectivas conexiones a las tuberías de distribución.

**Circulación General:** corresponde a los pasillos que utilizan pacientes, visitantes y personal de salud sin restricciones.

**Condición Clínica:** Está do funcional relacionado con la salud física y mental o el bienestar del usuario.

**Consentimiento bajo información o consentimiento informado:** Aceptación, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación. Expresado en el formato establecido por el Ministerio de Salud, que firma el usuario o su representante legal.

**Contrarreferencia:** Mecanismo de respuesta a la referencia mediante un informe escrito, donde se expresa el reconocimiento, valoración y tratamiento realizado, así como su resultado e indicaciones que se deben seguir al usuario en su atención original.

**Consulta externa:** conjunto de consultorios que se ubican como un servicio de atención dentro de un establecimiento de mayor resolución.

**Estación de enfermeras:** área de trabajo especializado en el cuidado de pacientes, donde el personal de enfermería organiza las actividades por realizar en el servicio, tiene sistema de guarda de medicamentos, materiales y equipos portátiles. Debe contar con espacios para guardar expedientes y los diferentes formatos que en él se incluyen. De preferencia que tenga dominio visual del área por atender y con facilidades de lavabo, sanitario y de comunicación interna y externa.

**Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud:** Entidades públicas o privadas, autorizadas por el Ministerio de Salud, tienen por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

**Equipo básico:** conjunto de bienes considerados indispensables en la prestación de servicios de salud, de acuerdo a los niveles de complejidad de las áreas operativas.

**Equipo médico:** aparatos y accesorios para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o procedimientos de exploración diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica.

**Emergencia:** conjunto de áreas y espacios de los establecimientos proveedores de servicios de salud, con la finalidad de asistir a los agravios a la salud que se traduzcan en emergencia (con riesgo de vida inminente) o urgencia (sin riesgo de vida inminente) que reúnen los recursos físicos, farmacológicos, tecnológicos y humanos para su atención.

**Estándares:** conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de rendimiento de una organización y determinan el nivel de exigencia para cada área a evaluar, garantizando así, la salud y seguridad pública.

**Evento centinela:** Es todo incidente serio y fácilmente reconocible que puede ser evitado tal como una muerte prevenible, una complicación clínica o una epidemia por alguna enfermedad transmisible entre otras que pueden afectar la calidad de la atención en la organización de salud.

**Evidencia Médica:** Es el mejor conocimiento médico disponible en la actualidad proveniente de la experiencia clínica individual y de la investigación científica, una vez asegurada su revisión crítica y exhaustiva.

**Factor de Riesgo:** cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

**Filtro:** espacio de transición que dispone de un elemento físico de separación, entre áreas con diferentes condiciones de asepsia que controla el paso de pacientes y de personal de salud en condiciones especiales, cuenta con lavabo.

**Guía de Atención Clínica:** Compilación de datos, opciones e instrucciones disponibles con relación a cuadros clínicos que pueden presentar los pacientes, que orientan en la modalidad de acción más adecuada y con mayores evidencias científicas. Constituye una orientación y no una modalidad de cumplimiento obligatorio. Se acompañan en general de protocolos terapéuticos.

**Egreso:** Acción mediante la cual el usuario termina su internamiento en un establecimiento proveedor de salud servicio de salud, público o privado ya sea por alta, traslado, abandono, fuga o fallecimiento.

**Epicrisis:** Hoja de resumen clínico donde se especifican; diagnósticos, procedimientos realizados y conducta terapéutica a seguir una vez que el usuario es dado de alta de un servicio de salud.

**Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud:** Entidades públicas o privadas, que estando autorizadas por el Ministerio de Salud, tienen por objeto actividades dirigidas a la provisión de servicios en sus fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud que requiera la población. Se incluye cualquier otro establecimiento cuya actividad sea brindar servicios que incidan de manera directa o indirecta en la salud del usuario.

**Expediente Clínico:** Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios.

**Foliación:** Es la enumeración continua y en orden ascendente del expediente clínico desde la primera página que se encuentra inmediatamente después de la portada hasta la última página, como si se tratase de un libro o un cuaderno; los números deben ir ubicados en el centro de la página de cada hoja. Es un procedimiento obligatorio en las auditorías de la calidad de la atención médica y casos médicos legales.

**Formato:** Diseño e impresión de cada hoja que se emplea en el expediente clínico y que posee una serie de características y especificaciones debidamente autorizadas y no sujetas a cambios ni modificaciones discrecionales.

**Fuga:** Salida voluntaria de un usuario, del establecimiento proveedor de servicio de salud de un usuario sin que el personal de salud involucrado en la atención médica tenga conocimiento de este acto.

**Historia clínica:** Es el documento médico legal único, acumulativo e integrado que reúne todos los formularios donde se registran, de manera ordenada y clara, los actos relativos a la identificación del usuario, al proceso que afecta la salud de la persona, a sus diagnósticos, a su evolución y a la conducta terapéutica desarrollada en las unidades prestadoras de servicios de salud.

**Hoja del Expediente Clínico:** Cada una de los diferentes formatos debidamente diseñados e impresos en ambas caras, empleado en el registro de datos de un usuario que recibe atención y de acuerdo con los estándares del Ministerio de Salud (MINSa). Cada hoja tiene su anverso y reverso.

**Hospitalización:** Es el internamiento de usuarios para diagnóstico de una enfermedad, recuperación y rehabilitación de su salud; en un establecimiento que brinda servicio de carácter general o especializado, organizado para proveer servicios con atención continua y que posee recursos humanos calificados, estructura física y tecnológica para el cumplimiento de su misión.

**Informe de Auditoría:** Descripción escrita de las características y circunstancias observadas durante el proceso de auditoría y que se emite al término de ésta.

**Ingreso:** Acción mediante la cual se le brinda atención en salud al usuario mediante un régimen de internación en un período como mínimo de 24 horas.

**Interconsulta:** Es la atención colegiada, brindada por especialistas al usuario y a solicitud de una institución o servicio para confirmación diagnóstica e implementación de medidas terapéuticas pertinentes.

**Lista de problemas:** Es la hoja básica de entrada de la atención del usuario en el expediente clínico, donde se registran en orden cronológico o de importancia los problemas que presenta al momento de la atención médica.

**Lista de Chequeo:** Es la relación de puntos, acápite o ítems que permiten recoger categorías específicas de información que requieren obtenerse y que sirven de guía durante el proceso de auditoría.

**Manejo del Expediente Clínico:** Todas las acciones y procesos que se llevan a cabo con el expediente clínico de un usuario, desde que se apertura hasta que se archiva el mismo.

**Nota:** Es la anotación sobre la evolución clínica del paciente, que registra el profesional de salud en la hoja correspondiente del expediente clínico.

**Numeración:** Es el número que escribe el profesional de la salud a cada página en la esquina inferior derecha de la hoja correspondiente a su espacio y sección. Cada sección se enumera por separado.

**Personal de salud:** Persona que labora en un establecimiento proveedor de servicios de salud público o privado.

**Problema:** Situación clínica que interfiera con la calidad de vida de un usuario o que requiera diagnóstico y manejo posterior. Llámese también a cualquier dificultad para el usuario o el profesional de la salud a cargo de este último, se incluyen los aspectos médicos, psicológicos, sociales, nutricionales, de crecimiento o desarrollo, psiquiátricos, ambiental, económico, entre otros.

**Procedimiento:** Actividad que describe las etapas cronológicas que han de seguirse y las decisiones que deben tomarse en la realización de una tarea o el desempeño de una función realizada por profesionales o técnicos con el propósito de restablecer la pérdida del equilibrio o pérdida de la salud, estos procedimientos pueden ser diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de rehabilitación.

**Profesional de la Salud:** Recursos humanos con formación en áreas de la salud en posesión de un título o diploma emitido por cualquier institución formadora de la educación superior o técnica media debidamente reconocida por la legislación en la materia.

**Protocolo de Atención Clínica:** Listado de técnicas y recursos de un proceso de atención. Actúa como guía operativa. Garantiza efectividad con el menor riesgo y con el menor costo. Documento en el cual se describe la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a su estado de salud o entidad nosológica.

**Referencia:** Mecanismo mediante el cual se traslada a un usuario de un nivel de atención a otro nivel de resolución (mayor o menor) o de un servicio de atención a otro en el mismo establecimiento de salud; para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud.

**Resumen Clínico:** Es el registro o documento que contiene un relato breve, conciso y preciso de la evolución y tratamiento de un paciente en un período de tiempo o durante una hospitalización en una institución de salud.

**Resumen Final:** Es el documento elaborado al finalizar la atención médica de un paciente y que debe contener los datos generales, el resumen clínico, los problemas y/o diagnósticos finales y los planes de acuerdo con el manejo del expediente clínico.

**Salud:** Está do de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Sala de operaciones:** área donde se realizan las intervenciones quirúrgicas y aquellos procedimientos de diagnóstico y tratamiento que requieren efectuarse en un local con mayor grado de asepsia.

**Sala de Situación:** ambiente dotado de recursos tecnológicos y humanos que a través de información selectiva y una presentación visual apropiada, permite elevar la calidad del proceso normal de toma de decisiones, así como el de situaciones de emergencia, para que el ajuste estratégico y coyuntural de las intervenciones planificadas, sea diseccionado por los cambios en las condiciones de salud y vida de los diferentes grupos de población.

**Sección del expediente clínico:** Cada una de las partes en que se divide todo el expediente clínico

**Secciones del Expediente Clínico:** Se refiere a las partes o separaciones en que está dividido el expediente, las cuales tienen un carácter administrativo, con la finalidad de ordenar y clasificar las diferentes hojas de registros médicos y paramédicos, de acuerdo con el proceso asistencial empleado.

**Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP):** Método de abordaje médico caracterizado por un conjunto ordenado de los registros de los problemas orientados de acuerdo con el método clínico, el cual está sustentado por el método científico.

**Traslado:** Equivale a referencia.

**Usuario:** Toda aquella persona que solicita o recibe servicios de atención en salud.

**Valoración:** Procedimiento mediante el cual un profesional de la salud realiza un reconocimiento de un problema específico de un usuario, con la obligación de emitir un juicio diagnóstico, hacer una estimación del caso y dar sus respectivos planes y recomendaciones.

**Unidad de rehidratación oral:** espacio destinado a proporcionar cuidados en el proceso de administración de soluciones hidratantes por vía oral.

**Unidad de Cuidados Intensivos:** espacio físico con el equipamiento especializado para recibir pacientes en estado crítico, que requieren asistencia médica permanente, con equipos de soporte de la vida.