



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado  
Facultad de Medicina  
Unidad de Posgrado  
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**“Eficacia del control de la calidad del otorgamiento de  
prestaciones asistenciales en centros asistenciales del  
Seguro Social de Salud”**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Medicina Integral y Gestión  
en Salud

**AUTOR**

Tulio Américo ACHATA SALAS

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Achata T. Eficacia del control de la calidad del otorgamiento de prestaciones asistenciales en centros asistenciales del seguro social de salud [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

---

## **Dedicatoria:**

Dedicado a mis padres, mi esposa e hijas.

## **Agradecimiento:**

Agradecimiento al personal asistencial y administrativo del Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen”.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO</b> .....	<b>8</b>
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN .....	8
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	9
2.3 MARCO TEORICO .....	12
2.4 HIPOTESIS .....	19
2.5 OBJETIVOS .....	19
2.5.1 OBJETIVO GENERAL .....	19
2.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO .....	19
<b>3. MATERIAL Y METODOS</b> .....	<b>20</b>
3.1 TIPO DE ESTUDIO .....	20
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	20
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR .....	20
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL .....	20
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	20
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSION .....	21
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	21
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS .....	21
3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS .....	22
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
<b>5. DISCUSIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>29</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>30</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>31</b>
<b>9. GLOSARIO</b> .....	<b>33</b>
<b>10. ANEXOS</b> .....	<b>35</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la eficacia del control de la calidad del otorgamiento de las prestaciones asistenciales en Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, de una muestra de prestaciones asistenciales otorgadas en los Servicios de Obstetricia, Urgencia y Emergencia de tres Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud, durante los 2000-2002. La calidad del otorgamiento de las prestaciones asistenciales se midió mediante: encuestas de satisfacción del usuario externo en 88 pacientes, la auditoría médica en 599 historias clínicas y la identificación de complicaciones intrahospitalarias en 2939 atenciones. Se valoró la eficacia de los controles realizados según la concordancia de los resultados obtenidos con los indicadores institucionales.

**Resultados:** La satisfacción general del usuario externo por las prestaciones recibidas en el Servicio de Obstetricia fue de un 80% y de un 63.7% en el Servicio de Emergencia. Los porcentajes de cumplimiento Los registros de las historias clínicas en los Servicios de: Obstetricia, Emergencia y Urgencia, estuvieron completos en un 72%, 16% y 42%, respectivamente. Se presentaron 8 (11,9%) complicaciones puerperales en las atenciones obstétricas, 12 (0.6%) complicaciones quirúrgicas en las atenciones de emergencia y 9 (0.9%) reingresos en las atenciones de urgencia.

**Conclusiones:** La encuesta de satisfacción del usuario externo, la auditoría médica y la identificación de complicaciones intrahospitalarias, permiten cuantificar la calidad del otorgamiento de las prestaciones asistenciales.

**PALABRAS CLAVES: EFICACIA, CALIDAD, PRESTACIONES.**

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the efficacy of quality control of medical care services provided in Health Centers of Seguro Social de Salud (Peruvian Health Insurance Institute).

**Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out on a sample of medical care services provided in the Obstetrics, Urgent Care and Emergency Units of three Health Centers of Seguro Social de Salud from 2000 to 2002. The quality of medical care services was measured through satisfaction surveys completed by 88 outpatients, audits to 599 medical records, and the identification of in-hospital complications in 2939 cases. The efficacy of controls was assessed comparing the correspondence between the obtained results and the institutional indicators.

**Results:** The outpatient general satisfaction from medical care services provided by the Obstetrics care unit was 80%, while in the Emergency Services it was of 63.7%. Medical records audits carried out on the Obstetrics, Urgent Care and Emergency Services achieved a compliance level of 72%, 16%, and 42%, respectively. A total of 8 (11.9%) puerperal complications were recorded in obstetrics care; 12 (0.6%) surgical complications, in emergency care; and 9 (0.9%) readmissions, in urgent care.

**Conclusions:** The outpatient general satisfaction survey, medical auditing and identification of in-hospital complications, allow us to quantify the quality of medical care services.

**Key words:** Efficacy, quality, medical care.



## **1. INTRODUCCIÓN**

El Seguro Social de Salud (EsSalud) es la entidad pública de la Seguridad Social del Perú creada para administrar los fondos de las aportaciones destinadas a otorgar cobertura de las prestaciones de salud a la población peruana del régimen contributivo.

El otorgamiento de prestaciones se realiza mediante una oferta propia la cual se encuentra organizada en Niveles de Atención con Centros Asistenciales, los mismos que cuentan con Servicios que brindan atención a la demanda de servicios de salud de la población asegurada adscrita al Centro Asistencial de la localidad en donde reside.

El Seguro Social de Salud, ha implementado unidades orgánicas encargadas de gestionar y realizar acciones conducentes a evaluar y garantizar la calidad de las prestaciones, las cuales utilizan herramientas e indicadores como: la encuesta de satisfacción del usuario externo, la auditoría médica, los registros de complicaciones intrahospitalarias.

Cada herramienta o indicador de calidad del servicio de salud, proporciona una cuantificación para evaluar la estructura, el proceso y el resultado de una unidad específica prestadora de atención de salud, como es el caso de la atención obstétrica, la atención de urgencias y emergencias. Con dicha información, la administración o gestión Institucional puede valorar si dichos servicios están acordes a los estándares del Sector Salud y planificar estrategias conducentes a garantizar el adecuado uso de los recursos (financiamiento) y la satisfacción del usuario (asegurado). Así tenemos, que la Encuesta de Satisfacción del Usuario recoge de fuente directa (cliente), la información del servicio brindado (resultado); la Auditoría Médica describe el registro del acto médico (proceso); y el registro de Complicaciones Intrahospitalarias identifica los eventos adversos en el paciente (proceso). Bajo dicha perspectiva se realizó el presente estudio de la calidad de los servicios en Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud.

## **2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO**

### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN**

#### **Descripción del Problema**

El sector salud en nuestro país, así como en otros de Latinoamérica, ha sufrido transformaciones y reformas que han creado nuevos escenarios a los proveedores de servicios de salud con los aseguradores, organismos reguladores, el estado y la sociedad en general. En este marco, la interrelación del médico con el paciente es foco de atención ante estos organismos, lo que obliga a establecer mecanismos que permitan evidenciar la calidad de los servicios prestados por el personal de salud ante los usuarios externos beneficiarios de una cobertura de salud financiada o subsidiada (1).

Los sistemas de medición de las organizaciones tradicionalmente han estado orientados a los resultados financieros, particularmente en las empresas de producción de bienes, tales como los indicadores de rentabilidad, indicador de solvencia, indicador de endeudamiento, estado de operaciones. Sin embargo, estas no satisfacen todas las necesidades de información de las actividades de la organización, para los gestores, por lo cual, se vienen utilizando medidas operativas, como el tiempo del ciclo, la satisfacción del cliente, medición de los procesos internos y los índices de defecto, entre otros. No obstante, aun cuando los indicadores financieros son también usados por las organizaciones que prestan servicios, no resulta suficiente para medir las actividades de la organización, que en el caso de los servicios de salud, conllevan el otorgamiento de prestaciones de salud, mediante una relación directa de persona a persona, con la aplicación de conocimiento, prácticas en un entorno de tecnologías, sistemas de información e infraestructura. Para ello las entidades que administran servicios de salud, históricamente han desarrollado mecanismos que les permitan evaluar y mejorar la calidad de los servicios, tales como la auditoría médica, las

encuestas de satisfacción, la acreditación hospitalaria, la vigilancia epidemiológica de complicaciones intrahospitalarias y la evaluación de riesgos asistenciales.

El Seguro Social de Salud brinda atención de salud a la población asegurada a través de sus Centros Asistenciales y para realizar el control de la calidad de las prestaciones asistenciales utiliza herramientas e indicadores, tales como: las encuestas de satisfacción del usuario externo, la auditoría médica y la medición de las complicaciones intrahospitalarias; sin embargo, hay pocas publicaciones en el Perú de la aplicabilidad y resultados de dichas acciones en servicios asistenciales específicos y aplicados de forma simultánea.

## **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la eficacia de la encuesta de satisfacción del usuario, la auditoría médica y el registro de complicaciones intrahospitalarias para el control de la calidad del otorgamiento de prestaciones asistenciales en tres servicios asistenciales del Seguro Social de Salud?

## **2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Las entidades públicas están sujetas al control del Estado, mediante el Sistema de Auditoría Gubernamental. Una forma de control, según el organismo que la ejecuta, es la que le corresponde a la organización o gestión de la institución pública, la cual debe implementar mecanismos de control de los procesos que gestiona a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Institución que representa.

Las instituciones públicas de servicios de salud disponen de unidades orgánicas encargadas de gestionar y conducir el control de la calidad de las prestaciones, y las formas de control más utilizadas son: la auditoría médica, la evaluación de riesgos, las encuestas de satisfacción del usuario externo, la vigilancia epidemiológica de complicaciones intrahospitalarias. En el caso de las entidades públicas que administran fondos de seguros de salud, se agrega adicionalmente como elemento de control, la verificación del derecho

de cobertura, mediante la aplicación de criterio de acreditación o la verificación del derecho de cobertura de la enfermedad o del tratamiento otorgada o por otorgarse al asegurado.

En un estudio de revisión de publicaciones académicas (a partir del año 1998), sobre la calidad de los servicios de salud en los Estados Unidos, mediante la identificación de cuidados apropiados, se encontró una pequeña cantidad de conocimiento sistematizado disponible, la cual presentó variabilidad entre hospitales, ciudades y estados; así mismo, la revisión señala que no encontró reportes de resultados por inapropiado cuidado (2).

El Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), es una de las principales organizaciones del Sistema de Salud peruano que brinda prestaciones de salud a un importante sector de la población peruana, constituido principalmente por los trabajadores asalariados y sus derechohabientes, que está alrededor de 7 millones de personas aseguradas en el año 2008.

EsSalud produce anualmente alrededor de 12 millones de atenciones en consultas externas, 3 millones de atenciones de emergencia y más de 200 mil intervenciones quirúrgicas, en este último caso, en hospitales de alta complejidad, y dicha demanda atendida tiende a incrementarse con el incremento de la población asegurada.

EsSalud, como Institución responsable de la administración de los fondos de la Seguridad Social en Salud para el otorgamiento de las prestaciones que la Ley otorga a los asegurados de dicho fondo, se soporta en los siguientes componentes administrativos y de gestión: el rol asegurador, que identifica y acredita al asegurado beneficiario del Seguro Social de Salud, el rol prestador, que gestiona el otorgamiento de las prestaciones asistenciales a los asegurados, la administración del financiamiento para el gasto de las prestaciones de salud y un soporte administrativo que provee de los recursos humanos, informáticos y logísticos a las unidades que brindan los servicios finales al asegurado.

Las unidades de gestión de EsSalud, están sujetas a las acciones de control por parte de los organismos dependientes de la Contraloría General de la República, tales como las Oficinas de Control Institucional. Así mismo, como parte de la responsabilidad de control interno, las unidades prestadoras y aseguradoras, han implementado mecanismos de control respecto al otorgamiento de las prestaciones de salud, específicamente las atenciones médicas (control prestacional) en los servicios asistenciales de los Centros Asistenciales de su Red Asistencial (3).

A nivel de gestión pública en salud, son muy escasos los reportes que cuantifiquen la eficacia de los mecanismos de control del otorgamiento de las prestaciones asistenciales.

## **2.3 MARCO TEÓRICO**

### **CONTROL INTERNO GERENCIAL**

El Control Interno gerencial, en el ámbito del sector público, se compone de tres formas de control: el Control Interno, la Auditoría Interna y la Auditoría Externa, en este último caso se puede realizar a través de una entidad pública o privada. Cualquiera de estas formas de control, deben compatibilizar con el marco legal, directivas y normas emitidas por los órganos que regulan el gasto público y los órganos de control gubernamental. Como cualidades básicas, las acciones de control deben ser sencillos y claros en su presentación y referidos a un asunto específico, así mismo deben ser flexibles, para adaptarse y actualizarse periódicamente de acuerdo con la modernización de la administración pública. Se define Control Interno, al proceso continuo de la gerencia y del personal de la entidad que aseguren razonablemente el cumplimiento de los objetivos de la organización. Tiene como objetivos promover la eficiencia, eficacia, economía y calidad de los servicios de una entidad, proteger y conservar los recursos públicos, contra pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal, cumplir las leyes y elaborar información financiera válida, confiable y oportuna.

El Control Interno, comprende las acciones de cautela previa, simultánea y de verificación posterior que realiza la entidad, con la finalidad que la gestión de sus recursos, bienes y operaciones se efectúen correcta y eficientemente. El Control Interno es previo, simultáneo y posterior. El control interno previo y simultáneo compete exclusivamente a las autoridades, funcionarios y servidores públicos de las entidades como responsabilidad propia de sus funciones que le son inherentes. El control interno posterior es ejercido por los responsables superiores del servidor o funcionario público y por el órgano de control institucional según sus planes y programas anuales (4).

En el sistema de control gubernamental, la acción de control es la herramienta esencial, por la cual el personal técnico de sus órganos constitutivos, mediante la aplicación de las normas, procedimientos y principios que regulan el control gubernamental, efectúa la verificación y evaluación, objetiva y sistemática, de los actos y resultados producidos por la entidad en la gestión y ejecución de los recursos, bienes y operaciones institucionales.

Entre las técnicas más comunes utilizadas en las acciones de control, se aplican: la entrevista, la encuesta, la inspección, la revisión selectiva, el análisis, entre otros.

### **EL CONTROL INTERNO EN LA GESTIÓN PRIVADA**

La gerencia en las entidades privadas utiliza un conjunto de herramientas de calidad para mejorar el desempeño de la empresa, que se basan en los conceptos de la calidad total, esquematizada en el Círculo de Control de Shewart, que consiste en una secuencia lógica de pasos para lograr la mejora continua. La secuencia comprende básicamente 4 grandes pasos: Planear, Hacer, Verificar y Actuar. El paso de Verificar, corresponde a la verificación de la efectividad del proceso en marcha, para lo cual se utilizan indicadores de procesos y resultados. Se utilizan gráficas de control, gráficas de tendencias, listas de chequeos, registros, hojas de chequeo y simples observaciones. Para evaluar las percepciones de los clientes, se utilizan encuestas, grupos de enfoque y entrevistas. Los resultados de la verificación le permiten a la gerencia tomar las decisiones orientadas a perfeccionar los procesos establecidos o aplicar cambios radicales.

### **CALIDAD EN SALUD**

Entre las definiciones conceptuales de la calidad en salud, más reconocidas por las instituciones de salud, tenemos: según el Dr. Avedis Donabedian (1980), la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención

suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. El Instituto de Medicina Americano (1990), define la calidad como el grado en el cual los servicios de salud para un individuo o una población son capaces de incrementar u obtener los resultados deseados y estos son consistentes con los conocimientos actuales de la ciencia. Para Edward Deming, el padre del movimiento de la gestión de la calidad total, la calidad es “Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”.

Se define tres dimensiones en la calidad en salud: las relaciones interpersonales o calidad humana, los aspectos técnicos de la atención o calidad técnica y el contexto o entorno de la atención o entorno de calidad. La calidad humana comprende variables de respeto, información completa, interés manifiesto por la persona, amabilidad y empatía. La calidad técnica se relaciona con la efectividad, la eficacia, la eficiencia, la continuidad, la seguridad, la competencia técnica, la integralidad, la ética y la equidad. El entorno de calidad, puede ser medido mediante la comodidad, la ambientación, la limpieza, la privacidad y la confianza del usuario en el servicio.

También, se acepta una serie de cualidades que deben tener los servicios de salud, como son: la accesibilidad, la oportunidad, la continuidad, la suficiencia e integralidad, la racionalidad lógico-científica, la efectividad, la eficiencia, la eficacia, la satisfacción del usuario y la atención humanizada (5).

La calidad en salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud en 1998 como: “el desempeño apropiado, acorde con las normas, de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.

### **GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD**

Históricamente, en el Seguro Social de Salud, en la década de los 90s, el ex Instituto Peruano de Seguridad Social, estableció la organización y funciones del sistema de



garantía de la calidad de los servicios de salud, a cargo de la Oficina de Mejoramiento de Gestión y Procesos (6), posteriormente la gestión de la calidad fue asumida por la Oficina de Garantía de la Calidad de la Gerencia de División de Prestaciones en el año 2003 (7). Durante dicho periodo se incorporaron conceptos y herramientas de calidad para su aplicación en los procesos asistenciales, tales como la acreditación de hospitales, la auditoría médica, los círculos de calidad.

Las Unidades Prestadoras de Salud ejecutan y monitorean el Sistema de Gestión de la Calidad en su establecimiento, cumpliendo el rol operativo de ejecución de los procesos de garantía y mejora de la calidad de sus servicios. En el caso de EsSalud, tanto los órganos del nivel central como los órganos desconcentrados, han implementado unidades orgánicas o funcionales que realizan actividades de control de la calidad de las prestaciones de salud. Entre las experiencias, desarrolladas de la gestión de calidad, tenemos: la autoevaluación y la acreditación de hospitales, la auditoría médica de los actos médicos, y la auditoría de los procesos asistenciales.

### **GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL MINISTERIO DE SALUD**

En el Ministerio de Salud en el año 1993 se dio inicio al proceso de acreditación de los establecimientos de salud como una estrategia de garantía de la calidad. A través de diversos proyectos y acuerdos de gestión, se trabajó la mejora de la calidad en los servicios de salud. El documento “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”, emitido por el Ministerio de Salud (8), estableció los principios, políticas, objetivos, estrategias de calidad y los componentes del Sistema. En dicho documento se define: “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios” (9). Las

dimensiones de la calidad en salud, definidas en el sistema de calidad en salud en el Perú, son tres: la Calidad humana, la Calidad Técnica y el Entorno de calidad, las cuales ha sido adaptadas de las propuestas por A. Donabedian.

El sistema de calidad está conformado por cuatro componentes: la planificación de la calidad, la organización de la calidad, la información para la calidad y la garantía y mejoramiento de la calidad, este último componente, tiene como herramientas: la estandarización, la autoevaluación, la acreditación, la auditoría, la mejora continua y la evaluación de tecnologías. Como parte de la implementación que el Ministerio de Salud estableció un pacto de la calidad con 5 hospitales de su sector, a fines del 2001, para incrementar la satisfacción de los usuarios por los servicios que se les brinda, desarrollar e implementar actividades relacionadas con la mejora continua de la calidad, entre otros compromisos. En el año 2004 se extendió el pacto por la calidad a más hospitales nacionales e institutos. Como elementos objetivos de medición de los logros se establecieron indicadores, tales como: disminución de la incidencia de infecciones intrahospitalarias, eventos centinelas auditados, cumplimiento de requisitos de las historias clínicas, disminución de operaciones suspendidas por causas atribuibles al centro asistencial, incremento de la satisfacción del usuario externo, entre otras (10).

### **AUDITORIA MÉDICA**

La auditoría médica se conceptúa como la evaluación de la calidad de la atención en salud, mediante la comparación de normas preestablecidas, con la realidad de las prestaciones efectuadas, con el fin de lograr el perfeccionamiento educativo profesional e incrementar la efectividad de las prestaciones profesionales a otorgar. El objetivo fundamental de la auditoría médica es mantener niveles óptimos de calidad mediante el seguimiento, la evaluación, la identificación de problemas y soluciones en la prestación de los servicios de salud. La auditoría médica es eminentemente educativa como parte del sistema de

mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Implica la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, de acuerdo a normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas. Piscoya Arbanil J., define a la Auditoría Médica como la evaluación sistemática, objetiva y periódica de la calidad del trabajo médico en base al análisis retrospectivo de la Historia Clínica (11).

### **COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS**

Las complicaciones producidas durante el tratamiento asistencial, están presentes en los servicios de salud, la bibliografía describe estudios de complicaciones iatrogénicas, por medicación o diagnóstico. Se mencionan errores relacionados con la medicación en el 2-14% de los pacientes ingresados a los hospitales, aun cuando la mayoría de ellos no provocan daño (12).

### **SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LA CALIDAD EL PRODUCTO**

Entre las acciones para evaluar la calidad de la atención en los sistemas de salud, está la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios. Desde la perspectiva del usuario se puede obtener conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, que brinda información a la organización otorgante de los servicios de salud de las necesidades y expectativas de los usuarios. Es un método que de forma rápida evalúa aspectos de calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Mediante las preguntas, se realizan estudios de mercado sobre innovaciones en los servicios de salud, se identifican oportunamente a pacientes de alto riesgo, se tiene un mayor control de la planeación de los servicios, se identifican las quejas de los pacientes descontentos. Así mismo, se documenta los niveles del desempeño laboral y facilita la evaluación de la calidad de la atención.

La satisfacción del usuario es vista como un indicador de la dimensión resultado de la calidad de la atención, a partir del cual se pueden obtener la opinión acerca de los aspectos

de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida) (13).

## **MARCO REFERENCIAL**

Las entidades administradoras de seguros de salud así como los proveedores de servicios de salud de los organismos públicos y privados, utilizan la técnica de auditoria con distintos objetivos según la característica del análisis del objeto auditado, que en los servicios de salud, lo constituyen las atenciones o prestaciones de salud.

En el ámbito administrativo de EsSalud, como una entidad pública vinculada al Estado, se ejerce la Auditoria de Control Gubernamental en los procesos de Gestión Financiera, Gestión de la Administración de los Recursos y Servicios de Salud y los Exámenes Especiales. La gestión de prestaciones de EsSalud aplica la auditoria médica, para el control de la calidad del otorgamiento de las prestaciones de salud, y está definida como “la evaluación crítica y sistemática de la calidad de la atención médica antes, durante o después de brindada la prestación” (14).

En el ámbito del Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud, como Organismo Público Descentralizado, encargada de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, cuenta con planes de aseguramiento públicos orientados a la población de escasos recursos, con un Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias. Como parte de los indicadores de desempeño del Seguro Integral de Salud, se utiliza el indicador “Prestaciones observadas levantadas durante el proceso de supervisión automática” (15), como una forma de medir el desempeño de la supervisión.

En el ámbito del sector privado en nuestro país, la auditoria médica es utilizada como un mecanismo de identificación de gastos prestacionales no sustentables en el reconocimiento de pago por el asegurador y en la evaluación del uso adecuado de los recursos

hospitalarios. Entre los indicadores de las Entidades Prestadoras de Salud se mide el Promedio de Permanencia en Cuidados Intensivos y el Promedio de Permanencia en Hospitalización (16).

En el Seguro Integral de Salud, el valor de producción rechazado, en el año 2005, representó un 12.9% del valor de producción bruto a nivel de todas las Direcciones de Salud del Ministerio de Salud (17); entre los motivos de rechazo figuran: el incumplimiento de la normatividad del SIS, diagnóstico ausente o no corresponde a la prestación, prescripción indebida, indicación de apoyo al diagnóstico y procedimientos indebidos, daño desdoblado como las más frecuentes.

## **2.4 HIPÓTESIS**

### **Hipótesis de la investigación:**

La encuesta de satisfacción del usuario, la auditoría médica y el registro de complicaciones intrahospitalarias, logran medir la calidad de las prestaciones asistenciales otorgadas en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud.

## **2.5 OBJETIVOS**

### **2.5.1 Objetivo General:**

- Determinar la eficacia del control de la calidad del otorgamiento de las prestaciones asistenciales en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud.

### **2.5.2 Objetivos Específicos:**

- Identificar las prestaciones asistenciales otorgadas en los Servicios Asistenciales de Obstetricia, Emergencia y Urgencia de Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud de Lima.
- Determinar los resultados de la aplicación de Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo, Auditorías Médicas de las Historias Clínicas y de las Complicaciones Intrahospitalarias de las prestaciones asistenciales.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDIO**

- No experimental, descriptivo.

#### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

- De corte transversal.

#### **3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR**

- Prestaciones asistenciales recuperativas otorgadas a los asegurados del Seguro Social de Salud

#### **3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL**

- Se aplicaron encuestas por muestreo intencionado a los pacientes atendidos en los servicios de Obstetricia y Emergencia de dos Hospitales del Seguro Social de Salud.
- Las historias clínicas fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio sistemático simple de las atenciones otorgadas en el periodo 2000-2002, en tres Hospitales del Seguro Social de Salud (2 de Lima y 1 de Provincia), de los siguientes servicios:
  - Atenciones por partos en servicio de obstetricia: 76
  - Atenciones en el servicio de emergencia: 353
  - Atenciones en el servicio de urgencias: 170

#### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Prestaciones asistenciales con registros médicos en las historias clínicas.
- Historias clínicas ubicable en archivo y que cuenten con las variables a evaluar.
- Pacientes encuestados durante el otorgamiento de la prestación asistencial.

### **3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Prestaciones asistenciales sin registro médico.

### **3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

#### **3.7.1 Dependiente**

- Calidad de la prestación asistencial

#### **3.7.2 Independiente**

- Prestación Asistencial

#### **3.7.3 Interviniente**

- Nivel de Atención del Centro Asistencial.
- Localidad de ubicación del Centro Asistencial.

La operacionalización de las variables se describe en el Anexo I.

### **3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS**

Se determinaron los Centros Asistenciales y los Servicios Asistenciales del Seguro Social de Salud ubicados en Lima y Provincia, que otorgaron prestaciones asistenciales obstétricas, de emergencia y urgencia.

Se determinaron los resultados de la aplicación de Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo, Auditoría Médica de la calidad del registro de las Historias Clínicas e identificación de Complicaciones Intrahospitalarias por las prestaciones otorgadas a los asegurados. Se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos:

- Ficha de encuesta de satisfacción del usuario externo (cuestionario estructurado).
- Ficha de auditoría médica de la calidad del registro

- Ficha de identificación del registro de complicaciones intrahospitalarias

Se aplicó la confidencialidad de la identidad de los nombres de los asegurados cuyas historias clínicas fueron revisadas y de los pacientes entrevistados.

Se determinó la eficacia de la medición de la calidad de la prestación asistencial otorgada con relación a los estándares institucionales preestablecidos.

### **3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS**

Para el procesamiento de la información se utilizó el Programa Excel, y los resultados se resumieron en cantidades y porcentajes, representados mediante gráficos y tablas.



#### 4. RESULTADOS

Se realizaron tres intervenciones de control de la calidad del otorgamiento de prestaciones asistenciales en tres Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud, entre los años 2000 y 2002. Los servicios en los cuales se realizaron las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo, las Auditorías Médicas y la identificación de Complicaciones Intrahospitalarias, fueron: Obstetricia, Emergencia y Urgencia. Dos Centros Asistenciales son de Nivel de Atención I de Lima y un Centro Asistencial de Nivel de Atención IV de provincia.

En la Tabla N° 1 se presenta el muestreo de las prestaciones asistenciales según el período y el Servicio por cada Centro Asistencial.

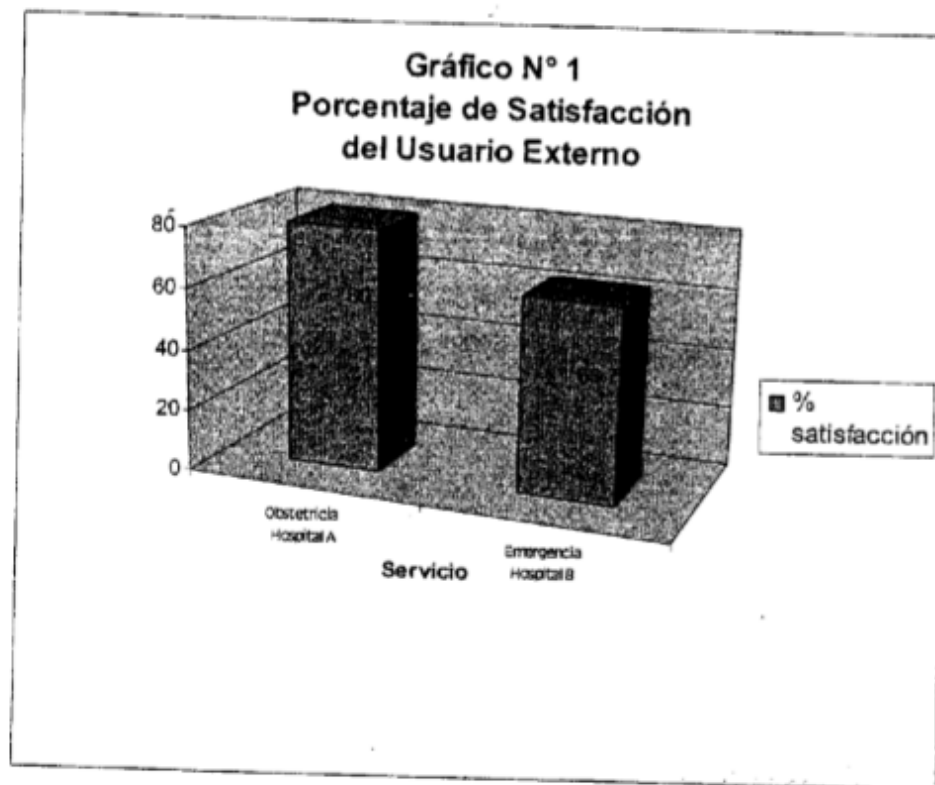
Tabla N° 1

Muestreo del Otorgamiento de Prestaciones Asistenciales en Centros Asistenciales de EsSalud por periodos y servicios

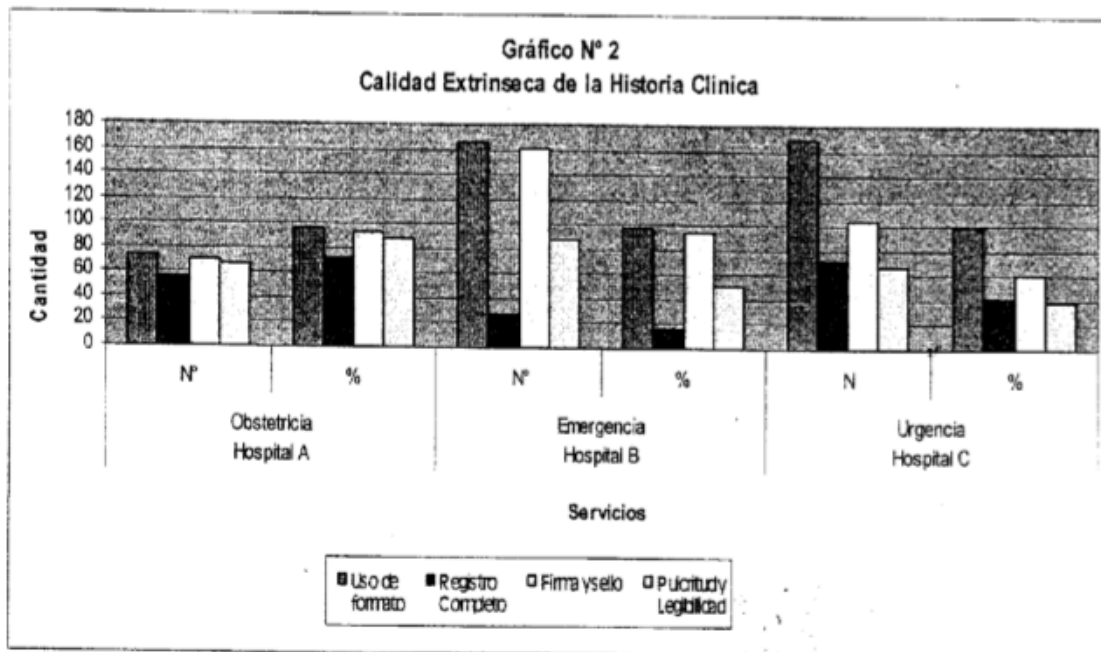
Centro Asistencial	Periodo	Servicio	Demanda de atenciones	Muestra de Historias Clínicas	Encuesta al Usuario Externo
A	Julio - Diciembre 2000	Obstetricia	747 partos	76	44 pacientes con alta de hospitalización
B	Enero - Marzo 2002	Emergencia	13956 atenciones	353	44 pacientes atendidos en emergencia por turnos de guardia
C	Enero - Marzo 2002	Urgencia	8512 atenciones	170	NR

NR, No Realizado

Las Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo se realizaron en el Servicio de Obstetricia y en el Servicio de Emergencia, obteniéndose un porcentaje de satisfacción global del 80% y 63.7%, respectivamente. Ver Gráfico N°1.



Las Auditorías Médicas de la Calidad Extrínseca de las Historias Clínicas fueron realizadas en los Servicios de Obstetricia, Emergencia y Urgencia; resultando con porcentajes de registro completo de 72%, 16% y 42%, respectivamente. Ver Gráfico N°2.



Se identificaron las Complicaciones Intrahospitalarias de Complicaciones Puerperales en el Servicio de Obstetricia, Complicaciones Operatorias atendidos en el Servicio de Emergencia y los Reingresos de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia. Se determinó 8 complicaciones puerperales (11,9%), 12 complicaciones operatorias (0,6%) y 9 reingresos (0,9%). Ver Tabla N°2.

Tabla N° 2

Complicaciones asistenciales

Tipo de Complicación	Frecuencia	Porcentaje
Puerperal (Servicio de Obstetricia)	8/59	11.9%
Operatorias (Servicio de Emergencia)	12/1874	0.6%
Reingresos (Servicio de Urgencias)	9/1006	0.9%

Del análisis de la asociación entre los resultados de las mediciones de la calidad de las prestaciones asistenciales y los servicios evaluados, se observa una relación entre las atenciones calificadas de no calidad con el Centro Asistencial representado con la letra A.

Ver Tabla N° 3.

Tabla N° 3  
Instrumento de control interno y detección de no calidad

Instrumento de control	Calidad		X <sup>2</sup>	P	Asociación
	Sí	No			
Encuesta de Satisfacción del usuario externo	63	25			
Centro Asistencial A	35	9	2.74	0.98	No asociación
Centro Asistencial B	28	16			
Auditoria de la Calidad extrínseca de la historia	153	264			
Centro Asistencial A	55	21	50.93	0.000	Asociación
Centro Asistencial B	27	144	54.51	0.000	Asociación
Centro Asistencial C	71	99	3.18	0.074	No asociación
Identificación de complicaciones médicas	2939	29			
Centro Asistencial A	59	8	81.15	0.000	Asociación
Centro Asistencial B	1874	12	6.21	0.013	No asociación
Centro Asistencial C	1006	9	0.13	0.718	No asociación
Total	3155	318			

## 5. DISCUSIÓN

En el presente estudio, el porcentaje de Satisfacción Global del Usuario Externo, en una muestra de pacientes atendidos en los servicios de los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud, fue del 71,6%, siendo el valor generalmente aceptado en servicios de salud de un 80%. En la Encuesta Metropolitana de Satisfacción del Usuario de Seguros de Salud realizado por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud en el año 1999 (16), al determinarse la satisfacción global por la atención recibida, se reportaron como totalmente satisfechos un 19,3% para los asegurados del ex Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy ESSALUD), y un 42,6% para los asegurados de las Entidades Prestadoras de Salud. En el mismo estudio, calificaron como más o menos satisfecho o insatisfecho el 24,2% y 7,8% los atendidos en el ex Instituto Peruano de Seguridad Social, y las Entidades Prestadoras de Salud obtuvieron un 10,2% y 0,9% respectivamente.

En un estudio de satisfacción del usuario realizado en tres hospitales de Trujillo y Arequipa en el año 2002 (17), se reportó un promedio de 35,26% de pacientes que calificaron el servicio recibido con una nota mayor o igual a 18.

Los resultados de las Auditorías Médicas de la Calidad Extrínseca de las Historias Clínicas de las muestras de prestaciones asistenciales otorgadas a los asegurados del Seguro Social de Salud, muestran valores de registro adecuado de un: 72%, 16% y 42%, lo que indica una variabilidad según el Centro Asistencial, con valores inferiores al 50% en dos de ellos y en aquel que presentó mejor calidad del registro, el porcentaje de historias con registros incompletos es significativo. La Historia Clínica refleja la calidad del acto médico durante la atención al paciente, y así mismo, debe consignar una serie de datos establecidos en las normas legales e institucionales.

En el presente trabajo, las Complicaciones Intrahospitalarias identificadas fueron: la complicaciones puerperales, las complicaciones operatorias y los reingresos, con porcentajes de 11,9%, 0,6% y 0,9%, respectivamente. En un estudio de prevalencia de infecciones intrahospitalarias en hospitales nacionales de la Seguridad Social, del año 1998 (18), se reportaron tasas de 9,1%, 11,3%, 16,41% y 12,07%, siendo el estándar de referencia entre 5% a 7%.

## 6. CONCLUSIONES

- Se realizó un muestreo de prestaciones asistenciales otorgadas entre los años 2000-2002 en tres hospitales del Seguro Social de Salud, en los servicios de Obstetricia, Emergencia y Urgencia, de tres hospitales (2 en Lima, 1 en Provincia), realizándose: Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo, Auditorías Médicas de la Calidad Extrínseca de las Historias Clínicas, e identificación de Complicaciones Intrahospitalarias.
- En el Servicio de Obstetricia el porcentaje de Satisfacción del Usuario Externo fue del 80%, y en Servicio de Emergencia fue del 63,7%.
- El registro completo de las historias clínicas del Servicio de Obstetricia fue el 72%, en el Servicio de Emergencia fue del 16% y en el Servicio de Urgencia fue del 42%.
- En el Servicio de Obstetricia se registraron 8 complicaciones puerperales (11,9%), en el Servicio de Emergencia se identificaron 12 (0,6%) complicaciones operatorias, y en el Servicio de Urgencia, se identificaron 9 (0,9%) reingresos.
- Se observa una asociación significativa entre los resultados de atenciones de no calidad y el Centro Asistencial A.
- La Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo, la Auditoría Médica de la Calidad de las Historias Clínicas y el registro de Complicaciones Intrahospitalarias, permiten expresar cuantitativamente la calidad de las prestaciones asistenciales otorgadas en los tres Servicios Asistenciales evaluados del Seguro Social de Salud. Los resultados presentados demuestran la eficacia de dichos mecanismos en el control del proceso de atención de salud al describir los actos médicos realizados y sus efectos en el paciente.

## **7. RECOMENDACIONES**

- Realizar el monitoreo de la calidad del otorgamiento de las prestaciones preventivas y recuperativas de los Servicios Asistenciales en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud, mediante la aplicación de Encuestas de Satisfacción del Usuario Externo, Auditorías Médicas y el Registro de Complicaciones Intrahospitalarias.
- Investigar los factores asociados y causales de los atenciones o prestaciones calificadas como de no calidad, a fin de formular propuestas de mejoras de la estructura o de los procesos de atención de salud.
- Desarrollar una metodología estándar que uniformice las mediciones de calidad de las prestaciones de salud, según el nivel de atención y el tipo de oferta de servicios (intramuros y extramuros).



## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ross A, Zeballos J, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2000; 8(1/2):93-8
2. Schuster M, McGlynn E, Brook R. How good is the quality of health care in the United State? The Milbank Quarterly. 2005; 83(4):843-95.
3. Seguro Social de Salud. Memoria Institucional 2008.
4. Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República. El Peruano, N° 8067, (23-07-2002).
5. Mejía B. Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. 3ª ed. Colombia: 2000.
6. Instituto Peruano de Seguridad Social. Resolución N° 1226-GG-IPSS-95. Directiva N° 022-GG-IPSS-95.
7. Seguro Social de Salud. Resolución N° 258-PE-ESSALUD-03.
8. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 768-2001 SA/DM Sistema de gestión de la calidad en salud.
9. Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Lima. 2002. Pág. 17.
10. Conferencia Internacional de Calidad en la Atención de la Salud (CD-ROM). Lima, 17-21 Noviembre, 2003.
11. Piscoya J. Auditoría Médica. Lima: Instituto Peruano de Seguridad Social; 1992.
12. Leape, LL. Error in medicine. JAMA. 1994; 272(23): 1851-57.
13. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Publica Mex. 1998; 40(1):3-12.

14. Seguro Social de Salud. Guía para la Realización de Auditorías y Otras Evaluaciones Médicas en el Seguro Social de Salud (EsSalud), aprobado mediante Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 18-GDP-EsSalud-2006.
15. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud. Anexo N° 07A/GN Ficha del indicador de desempeño por actividad y/o proyecto. [Internet]. Lima; Seguro Integral de Salud: 2007. Se consigue en: URL: <http://www.sis.gob.pe/pdf/IndicadorDesempeño2007.pdf>
16. Resolución de Intendencia General N° 077-2000-SEPS/IG. Indicadores que se utilizarán para llevar a cabo las acciones de supervisión contenidas en el Reglamento General de Supervisión de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. El Peruano, N° 7397, (19-09-2000).
17. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud. Estadísticas a diciembre [Internet]. Lima, Seguro Integral de Salud: 2005. Se consigue en: URL: <http://www.sis.gob.pe/>

## 9. GLOSARIO

- 1) **Tasa de reingreso a sala de observación menores de 24 horas:** Evalúa la calidad del servicio en el manejo de los pacientes atendidos en Sala de Observación de Emergencia. Se obtiene relacionando el número de pacientes que reingresa a sala de observación en períodos menores de 24 horas y el número de egresos que se generan en el mismo servicio. Fuente: Gerencia Central de Salud. Manual de Indicadores de Gestión en Salud. 1999.
- 2) **Calidad del Registro de la Historia Clínica:** Se evaluaron los siguientes aspectos: Presencia o ausencia del folder, carpeta o sobre de la historia clínica, uso del formato estándar para el registro de la atención médica, registro completo de la anamnesis y del examen clínico, presencia de la firma y sello del médico, legibilidad del registro. Fuente: Definición operativa aplicada en la evaluación del servicio.
- 3) **Calidad (en servicios de salud):** Se define la calidad como la combinación de los siguientes aspectos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción de los pacientes, impacto final en la salud de la población. Fuente: Seguro Social de Salud. Manual de indicadores de Gestión en Salud, aprobado mediante Resolución de Gerencia Central de Salud N° 019-EsSalud-99.
- 4) **Auditoría médica:** Es un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica, con base en el análisis crítico de la historia clínica, cuya finalidad principal es controlar la calidad de la atención de salud, contribuir a la educación de manera continua de los profesionales de la salud y emular la excelencia profesional. Fuente: Mejía García B. Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. 3ª ed. W Taaler Editorial Santa Fe de Bogotá: Ecoe Ediciones; 2000.

**5) Eficacia:** Indica la aplicación de un saber o tecnología cuya utilidad ha sido previamente demostrada. Fuente: Mejía García B. Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. 3ª ed. W Taaler Editorial Santa Fe de Bogotá: Ecoe Ediciones; 2000.

**6) Satisfacción del usuario:** Es la complacencia del usuario con la atención recibida. Fuente: Mejía García B. Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. 3ª ed. W Taaler Editorial Santa Fe de Bogotá: Ecoe Ediciones; 2000.

## 10. ANEXOS

### I. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
Prestación asistencial	Acto médico: Conjunto de atenciones o disposiciones que realiza el médico para prevenir, diagnosticar, curar o rehabilitar.	Atención médica ambulatoria: acto médico otorgado al paciente en la consulta externa, previa cita médica programada. Atención médica quirúrgica: acto médico otorgado al paciente en centro quirúrgico, previo internamiento. Atención médica de emergencia: acto médico otorgado al paciente en el servicio de emergencia, ante una situación de emergencia. Atención médica de urgencia: acto médico otorgado al paciente en el servicio de urgencia, ante una situación de urgencia.	Nominal
Calidad de la prestación asistencial	Se define la calidad de la atención en salud, como la combinación de los siguientes aspectos: - Alto nivel de excelencia profesional, - Uso eficiente de los recursos, - Mínimo riesgo para el paciente, - Alto grado de satisfacción de los pacientes, - Impacto final en la salud de la población.	Calidad adecuada: - 60% o más de usuarios satisfechos de la atención médica - 100% de registros médicos (anamnesis y examen clínico) completos - Complicaciones durante la atención en rangos aceptables: % de reingresos de menos de 24 horas a Emergencia < 2%, Complicaciones operatorias menor o igual a valores de un hospital de referencia nacional, Infecciones intrahospitalarias < 7%.	Nominal

## II. FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

### ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

**CENTRO ASISTENCIAL:**

**PERIODO:**

**SERVICIO:**

**PACIENTE**

AMBULATORIO

EN OBSERVACION

**EDAD:**

**SEXO:**

**TIPO DE SEGURO:**

### CALIFICACION POR DECLARACIONES

**1. LA INSTALACION FISICA ESTA LIMPIA, ORDENADA Y ADECUADAMENTE SEÑALIZADA.**

NUNCA RARA VEZ A VECES FRECUEN SIEMPRE

**2. EL SERVICIO DE EMERGENCIA TIENE SUFICIENTES MEDICOS PARA ATENDERLO**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

**3. TIENE SUFICIENTES CAMAS PARA ATENDERLO (PARA LOS QUE ESTUVIERON EN OBSERVACION)**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

**4. CUENTA CON SUFICIENTE EQUIPO E INSTRUMENTAL MEDICO PARA ATENDERLO**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

**5. LA ATENCION ES RAPIDA**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

**6. LE DAN LOS MEDICAMENTOS RECETADOS**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

**7. EL PERSONAL DE SALUD LE BRINDO INFORMACION OPORTUNA Y VERAZ**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

**8. ESTA USTED SATISFECHO CON LA ATENCION RECIBIDA EN EMERGENCIA**

NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUEN	SIEMPRE
-------	----------	---------	---------	---------

### CALIFICACION DEL PERSONAL

**CALIFIQUE EL TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE ESTE CENTRO ASISTENCIAL:**

	PESIMO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
<b>MEDICOS</b>					
<b>ENFERMERAS</b>					
<b>TECN/AUX ENFER</b>					
<b>PERS.LAB/RAYOS X</b>					
<b>ADMISION</b>					
<b>VIGILANTE</b>					

## FICHA DE AUDITORÍA MÉDICA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS HISTORIAS CLINICAS**

CENTRO ASISTENCIAL:  
 PERIODO:  
 SERVICIO:

N° SERIE	AUTOGENERADO	ELEMENTO	USO DE FORMATO		REGISTRO COMPLETO		FIRMA Y SELLO		PULCRITUD Y LEGIBILIDAD		OBSERVACIONES
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1		H.C. EMERGENCIA									
		HOJA ENFERMERIA U OBSTETRICIA									
		INFORME DE LABORATORIO									
		INFORME DE IMÁGENES									
2		H.C. EMERGENCIA									
		HOJA ENFERMERIA U OBSTETRICIA									
		INFORME DE LABORATORIO									
		INFORME DE IMÁGENES									
3		H.C. EMERGENCIA									
		HOJA ENFERMERIA U OBSTETRICIA									
		INFORME DE LABORATORIO									
		INFORME DE IMÁGENES									
....		.....									

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO DE COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS

AUDITORIA MEDICA DE LAS HISTORIAS CLINICAS

CENTRO ASISTENCIAL:

PERIODO:

SERVICIO:

N° SERIE	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	EDAD	ANTEC PATOL	REFERIDO	DIAGNO DE INGRESO	DIAGNO DE EGRESO	DIAGN PREOPERAT	DIAGN POSTOPERAT	FECHA DE LA CIRUGIA	TIPO DE PARTO	COMPLICACION INTRAHOSPITALARIA	REINTERVENCIÓN