



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA
PROMOCIÓN VII**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA**

**TEMA: DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTIÓN
ADMINISTRATIVA EN BASE A PROCESOS DE LA
COORDINACIÓN GENERAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**

AUTOR: DR. MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO

DIRECTOR: DR. ESCOBAR ESCOBAR, FREDDY RICARDO

SANGOLQUÍ

2016



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA
PROMOCIÓN VII**

CERTIFICADO

Certifico que el trabajo de titulación, “**DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN BASE A PROCESOS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**” realizado por el **DR. MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO**, ha sido revisado en su totalidad y analizado por el software anti-plagio, el mismo cumple con los requisitos teóricos, científicos, técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad de Fuerzas Armadas ESPE, por lo tanto me permito acreditarlo y autorizar al **DR.MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO**, para que lo sustente públicamente.

Sangolquí, 23 noviembre del 2015

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'F. Escobar', is positioned above the name of the director.

**DR. ESCOBAR ESCOBAR, FREDDY RICARDO
DIRECTOR**



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA
PROMOCIÓN VII**

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

Yo, **DR. MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO**, con cédula de identidad N° 1714405535, declaro que este trabajo de titulación **“DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN BASE A PROCESOS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN”** ha sido desarrollado considerando los métodos de investigación existentes, así como también se ha respetado los derechos intelectuales de terceros considerándose en las citas bibliográficas. Consecuentemente declaro que este trabajo es de mi autoría, en virtud de ello me declaro responsable del contenido, veracidad y alcance de la investigación mencionada.

Sangolquí, 23noviembre del 2015

JORGE FERNANDOMAGALDI VICUÑA

C.C: 1714405535



**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA
PROMOCIÓN VII**

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Yo, **DR. MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO**, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE publicar en la biblioteca Virtual de la institución el presente trabajo de titulación **“DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN BASE A PROCESOS DE LA COORDINACIÓN GENERAL DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN”** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi autoría y responsabilidad.

Sangolquí, 23 noviembre del 2015



JORGE FERNANDOMAGALDI VICUÑA

C.C: 1714405535

DEDICATORIA

A mi amada esposa y a mis hijos quienes me dan la fuerza, la inspiración y las ganas de seguir luchando, con quienes cada día es una bendición.

DR.MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO

AGRADECIMIENTO

Primero deseo agradecer a Dios por todas las bendiciones recibidas.

Quiero agradecer a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE y a sus autoridades, en especial a la Sra. Economista Rosita López Coordinadora de la Maestría quien con su entereza y dedicación me condujo por este sendero hasta la culminación de este sueño que lo venía persiguiendo hace muchos años.

Al Dr. Freddy Escobar Director, quién gracias a su amplio conocimiento y abundante experiencia, me supo orientar de manera desinteresada y con un alto grado de profesionalismo en el desarrollo de este trabajo de titulación.

A todos los profesores que sembraron en mí, los conocimientos que son aplicados en mi desarrollo profesional de manera honesta, técnica y responsable para el beneficio de la sociedad, mi familia y mi persona.

Al Hospital Carlos Andrade Marín, institución prestigiosa y emblemática en la cual me desenvuelvo y aplico todos los conocimientos adquiridos a lo largo de ésta Maestría, a sus autoridades, por haberme facilitado los medios para el desarrollo de este trabajo de titulación.

A mi familia por todos los sacrificios que han tenido que realizar durante este tiempo y que me han dado la fuerza para continuar adelante.

A mis amigos que me han dado el ánimo que he requerido en los momentos de flaqueza.

DR. MAGALDI VICUÑA, JORGE FERNANDO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificado.....	II
Autoría de responsabilidad	III
Autorización de publicación	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenidos	VII
Índice de tablas	XIII
Índice de gráfico	XIV
Resumen.....	XV
Abstract.....	XVI
CAPITULO I.....	1
MARCO REFERENCIAL.....	1
1.1 Trabajo de titulación	1
1.1.1 Introducción.....	1
1.2 Aspectos generales del Hospital Carlos Andrade Marín.....	2
1.2.1 Antecedentes del Hospital Carlos Andrade Marín.....	2
1.2.1 Aspecto geográfico del Hospital Carlos Andrade Marín	4
1.2.3 Direccionamiento estratégico del Hospital Carlos Andrade Marín	5
1.2.3.1 Visión.....	5
1.2.3.2 Misión	6
1.2.3.3. Objetivos del plan estratégico	6
1.2.3.4. Estrategias	6
1.2.3.5. Principios	7
1.2.3.6. Valores	7
1.2.3.7. Estructura orgánica	7
1.2.3.8. Área de oferta del Hospital Carlos Andrade Marín	8
1.2.3.8.1. Servicios que presta el hospital.....	8
1.2.4 Mortalidad en el Hospital Carlos Andrade Marín.....	10
1.2.4.1 Indicadores hospitalarios.....	12

1.3 Coordinación General de Auditoría Médica	12
1.3.1 Auditoría Médica Hospital Carlos Andrade Marín	12
1.3.2 Personal de la Coordinación General De Auditoría Médica Del Hospital Carlos Andrade Marín.....	14
1.3.3 Estructura física de la Coordinación General De Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.	14
1.3.4 Funciones de la Coordinación General De Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.....	16
1.4 Planteamiento del problema.....	16
1.4.1 Antecedentes del problema	16
1.4.2 Formulación del problema	18
1.5 Objetivos	19
1.5.1 Objetivo general.....	19
1.5.2 Objetivos específicos	19
1.6. Justificación e importancia.....	19
1.6.1 Justificación	19
1.6.2 Importancia	20
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1 Fundamento legal.....	21
2.1.1 Constitución del ecuador 2008.....	21
2.1.2 Ley orgánica de la salud	21
2.1.3 Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.	22
2.1.4 Estatuto Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social.	22
2. 2 Fundamento teórico	24
2.2.1 Auditoría Médica definición:	24
2.2.2 Características de la Auditoría Médica	25
2.2.3 Calidad de la atención médica	26
2.2.4 Componentes de la calidad asistencial.....	30
2.2.5 Principios de la calidad	30
2.2.6 Errores de la calidad.....	32

2.2.7 Clases de Auditoría	33
2.2.7.1 Auditoría Médica	33
2.2.7.1.1 Objetivos de la auditoría de servicios u hospitalarios:	33
2.2.7.1.2 Objetivos de la auditoría profesional:	34
2.2.7.1.3 Objetivos de la auditoría administrativa financiera:	34
2.2.7.2 Auditoría Clínica.....	35
2.2.7.3 Auditoría Administrativa	35
2.2.7.4 Auditoría Operativa	35
2.2.7.5 Auditoría Financiera	35
2.2.7.8 Auditoría En Informática	36
2.2.7.9 Auditoría Contable.....	36
2.2.7.10 Auditoría Social	36
2.2.7.11 Auditoría interna o de primera parte	36
2.2.7.12 Auditoría externa o de segunda parte.....	37
2.2.7.13 Auditoría de certificación o de tercera parte	37
2.2.7.14 Auditoría de terreno	37
2.2.8 Proceso administrativo	38
2.2.9 Modelo de gestión.....	40
2.3 Procesos	40
2.3.1 Definiciones	40
2.3.2 Elementos de un proceso.....	41
2.3.3 Factores de un proceso	42
2.3.4 Jerarquía de los procesos.....	43
2.3.5 Clasificación de procesos.....	43
2.3.6 Diseño de procesos	44
2.3.7 Mapa de procesos.....	47
2.3.8 Criterios de priorización	49
2.4 Representación gráfica de los procesos	50
2.4.1 Flujograma	50
2.4.2 Símbolos estandarizados	51
2.5 Manual de procesos.....	52

2.5.1 Definición del manual de procesos	53
2.5.2 Objetivos del manual de procesos.....	53
2.5.3 Características del manual	54
2.5.4 Elaboración del manual.....	54
2.5.5 Aplicación del manual	55
2.5.6 Estructura del manual de procesos.....	56
2.5.7 Medición de los procesos.....	57
2.7.1 Importancia de la medición.....	57
2.7.2 Indicador	58
2.7.3 Indicador de evaluación de procesos	59
2.7.4 Procedimiento de elaboración de indicadores.....	60
2.8 Mapa de procesos de Hospital “CARLOS ANDRADE MARÍN”	61
2.9 Marco conceptual.....	62
CAPÍTULO III.....	67
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	67
3.1 Método de investigación	67
3.2 Instrumentos de investigación.....	67
3.3 Población y muestra.....	68
3.4 Técnicas de recolección de datos	69
3.5 Técnicas de análisis de datos	70
3.5. 1 Encuestas.....	73
3.5.2 Resultados de la encuesta.....	74
3.7 Análisis de los resultados.....	84
3.7.1 Sobre la perspectiva del cliente.....	84
3.7.2 Sobre la existencia de otras áreas de auditoría.....	85
3.8 Costo beneficio de la auditoría médica.....	85
3.8.1 Los costos de la no calidad	88
3.9 Conclusiones.....	92
3.10 Recomendaciones	93

CAPITULO IV	94
SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS	94
4.1 Direccionamiento estratégico.....	94
4.1.1 Misión	94
4.1.2 Visión.....	94
4.2 Valores institucional	94
4.3 Política de calidad	95
4.4 Objetivos.....	95
4.4.1 Objetivo general.....	95
4.4.2 Objetivos específicos	95
4.5 Misión de la Coordinación General de Auditoría Médica	96
4.6 Visión de la Coordinación General de Auditoría Médica	96
4.7 Objetivo general de la Coordinación de Auditoría Médica	96
4.8 Objetivo específicos de la Coordinación de Auditoría Médica.....	96
4.9 Valores de la Coordinación de Auditoría Médica.....	97
4.10 Políticas de la coordinación de Auditoría Médica	97
4.11 Mapa estratégico	98
4.12 Cadena de valor.....	98
4.13 Definición del mapa de proceso.....	100
4.14 Procesos de la coordinación General de Auditoría Médica	100
4.15 Inventario de procesos	101
4.16 Levantamiento de información	101
4.17 Descripción de procesos actuales.....	102
4.17.1 Proceso de planificación de Auditoría Médica	102
4.17.2 Proceso de ejecución de Auditoría.....	103
4.17.3 Proceso del control de auditoría.....	105
4.18 Conclusiones del análisis de valor agregado de los procesos de auditoría	107
CAPÍTULO V.....	108
PROPUESTA	108
5.1 Manual de procesos.....	108

5.2 Caracterización de la Coordinación General de Auditoría Médica.....	108
5.2.1 Reseña histórica	108
5.2.2 Estructura organizacional.....	109
5.3 Productos y/o servicios	109
5.4 Clientes	110
5.6 Proveedores.....	110
5.7 Competencias.....	110
5.8 Mapa estratégico	111
5.3 Procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica	111
5.10 Contenido del manual de procesos.....	112
5.10.1 Objetivo del manual.....	112
5.10.2 Alcance del manual.....	112
5.11 Glosario de términos	112
5.12 Mapa de procesos.....	113
5.13 Inventario de procesos	113
5.14 Cuadro de indicadores.....	136
CAPITULO V.....	137
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	137
5.1 Conclusiones.....	137
5.2 Recomendaciones	137
BIBLIOGRAFÍA	139
ANEXOS	143

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Servicios de consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín.....	9
Tabla 2. Servicios del Hospital Carlos Andrade Marín	10
Tabla 3. Principales causas de mortalidad en el Hospital Carlos Andrade Marín	11
Tabla 4. Indicadores hospitalarios del Hospital Carlos Andrade Marín	12
Tabla 9. Símbolos más habituales para la representación de diagramas.....	52
Tabla 11. Número de auditorías en la muestra.....	69
Tabla 12. Número de auditorías.....	70
Tabla 13. Número de auditorías – muestra - año	71
Tabla 14. Tipos de reclamos por año	72
Tabla 15. Utilidad de la Auditoría Médica	81
Tabla 16. Escala de gestión de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín	83
Tabla 17. Resumen de estudios sobre eventos adversos.....	87
Tabla 18. Matriz de resultados de costo de calidad y no calidad	90
Tabla 19. Costo de calidad y no calidad en procesos administrativos clave.....	90
Tabla 20. Costo de calidad y no calidad en procesos administrativos clave.....	91
Tabla 21. Inventario de procesos Coordinación General de Auditoría Médica.	101
Tabla 22. Tabla comparativa de índices del valor agregado	107
Tabla 23. Inventario del procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica.	113

ÌNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hospital Carlos Andrade Marín.....	5
Figura 2. Organigrama Hospital Carlos Andrade Marín.....	8
Figura 3. Área de la Coordinación de Auditoría Médica	15
Figura 4. Área de gestión equipo de Auditoría Médica	15
Figura 5. Enfoque sistémico estructura, proceso y resultado.....	29
Figura 6. Representación esquemática de un proceso.....	41
Figura 7. Límites, elementos y factores de un proceso	42
Figura 8. Modelo para la agrupación de procesos en el mapa de procesos.....	48
Figura 10. Demanda de auditorías profesionales	71
Figura 11. Porcentaje de tipo de reclamo por año.....	72
Figura 12. Existencia de la Coordinación De Auditoría Medica	75
Figura 13. Necesidaddecontar con una área de auditoria médica	76
Figura 14. Existencia de auditoría médica en otro hospital	77
Figura 15. Nombres de hospitales que cuentan con auditoría médica	78
Figura 16. Nivel de importancia de la auditoría médica	79
Figura 17. Consideración de la Auditoría Médica	80
Figura 18. Utilidad de la auditoría médica.....	81
Figura 19. Escala de gestión de auditoría médica del HCAM	83
Figura 20. Efecto de prevención y el costo total de errores	89
Figura 21. Mapa estratégico del Hospital Carlos Andrade Marín	98
Figura 22. Cadena De Valor Hospital Carlos Andrade Marín.....	99
Figura 23. cadena de valor Coordinación General de Auditoría Médica.....	100
Figura 24. Análisis del valor agregado de planificación de Auditoría Médica (J.1).....	103
Figura 25. Análisis del valor agregado de ejecución de auditoría (J.2)	105
Figura 26. Organigrama de la Coordinación General de Auditoría Médica	109
Figura 27. Mapa estratégico de la Coordinación General de Auditoría Médica.....	111
Figura 28. Procesos Coordinación General de Auditoría Médica.....	112

RESUMEN

El presente trabajo de titulación fue realizado en seis capítulos y tiene como objetivo desarrollar un modelo de gestión administrativa basada en procesos, de la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital “Carlos Andrade Marín” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con el fin de lograr la sostenibilidad y sustentabilidad necesaria para consolidarla dentro de la institución. Inicialmente se realiza una descripción global del Hospital Carlos Andrade Marín fundamentada en su plan estratégico, denotando los servicios que presta y revisando sus indicadores. Continuamos examinando cómo se formó y cómo encajó la creación de la Coordinación General de Auditoría Médica en el funcionamiento del Hospital. Consecutivamente se realizó una revisión teórica donde se describe el fundamento científico de la Auditoría Médica haciendo especial énfasis en la calidad y seguridad de la asistencia médica. También se estudió la implementación de la gestión administrativa basada en procesos, examinando el marco conceptual y técnico para la creación y aplicación del manual de procesos. Terminada esta fase teórica se continuó aplicando el método científico basado en la observación, descripción, análisis de fuentes secundarias y la aplicación de encuestas donde se evaluó el trabajo de la Auditoría Médica dentro del Hospital Carlos Andrade Marín hasta ese momento. Esto permitió evidenciar las necesidades de establecer procesos para la Coordinación de Auditoría Médica y el trabajo culmina con la presentación del manual de procesos.

PALABRAS CLAVES:

- **AUDITORÍA MÉDICA**
- **CALIDAD**
- **GESTIÓN POR PROCESOS**
- **HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**
- **MANUAL DE PROCESOS**

ABSTRACT

The present work of investigation was realized in six chapters and there has as aim develop a model of administrative management based on processes, of the General Coordination of Medical Audit of the Hospital "Carlos Andrade Marín" of the Ecuadoran Institute of National Health Service, in order to achieve the sustainability and viability necessary to consolidate it inside the institution. Initially Carlos Andrade Marín carries out a global description of the Hospital based on his strategic plan, denoting the services that it gives and checking his indicators. We continue examining how he was formed and how it fitted the creation of the General Coordination of Medical Audit into the functioning of the Hospital. Consecutively a theoretical review was realized where there is described the scientific foundation of the Medical Audit doing special emphasis in the quality and safety of the medical assistance. Also there was studied the implementation of the administrative management based on processes, examining the conceptual and technical frame for the creation and application of the process manual. Finished this theoretical phase was continued applying the scientific method based on the observation, description, analysis of secondary sources and the application of surveys where there was evaluated the work of the Medical Audit inside the Hospital Carlos Andrade Marín up to this moment. This allowed demonstrating the needs to establish processes for the Coordination of Medical Audit and the work culminates with the presentation of the process manual.

KEYWORDS:

- **MEDICAL AUDIT**
- **QUALITY**
- **PROCESS MANAGEMENT**
- **HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**
- **MANUAL PROCESS**

CAPITULO I

MARCO REFERENCIAL

1.1 Trabajo de titulación

Desarrollo de un modelo de Gestión Administrativa en base a procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.

1.1.1 Introducción

Dado que la gestión por procesos es una propuesta administrativa, su desarrollo se encuentra relacionado con la historia de la Administración y la búsqueda permanente de formas más eficientes y eficaces para lograr los objetivos planteados.

La administración se ve como un proceso universal y prácticamente idéntico sin importar su aplicabilidad, desarrollando sus diferentes etapas conocidas como planificar, organizar, ejecutar y controlar.

Las instituciones de salud se ven envueltas necesariamente en los procesos administrativos y por ende cada una de sus áreas, tanto gobernantes como las de apoyo y las productivas.

Estos procesos administrativos deberán tener un enfoque adicional que le da mayor complejidad a su gestión, ya que al hablar de administración hospitalaria, estamos hablando de la vida, la integralidad y los principios bioéticos en el cuidado del ser humano, incorporando a las necesidades de la sociedad, así como al marco jurídico, económico y político que representa la salud dentro de cualquier estado.

Dentro de la administración hospitalaria se debe tener en mente prestar servicios de calidad considerando dos aspectos fundamentales: la calidad técnica de la atención y la seguridad de las prestaciones.

El cuidado que se debe tener en la atención del paciente demanda del mayor conocimiento posible, así como de intervenciones preestablecidas y debidamente controladas buscando el mayor beneficio posible, evitando el daño. Para lograrlo se pueden implementar varios mecanismos como la protocolización, la capacitación

continua y la medicina basada en evidencia, adicionalmente se puede crear mecanismos de monitoreo que permitan tener una idea clara de que resultados se están obteniendo y que medidas se deben adoptar en el caso de presentarse fallas en estos procesos, para este fin aparece la Auditoría Médica.

La Auditoría Médica vista como un mecanismo sistemático, continuo y permanente, cuyo objetivo sea la mejora en la calidad de atención del paciente basado en tres enfoques claves para su gestión: estructura, proceso y resultado como bien lo manifiesta Donabedian.

Pero la Auditoría Médica no se centra únicamente en el seguimiento y control, es una fuente de información permanente, que debe ser también educativo, investigativa y de formación continua, debe servir de enlace entre unidades y convertirse en el apoyo institucional que brindará elementos para la toma de decisiones siempre manteniendo su enfoque de calidad y seguridad.

Las áreas de auditoría médica siendo parte de la gestión de apoyo institucional, deben sumarse a los modelos administrativos basados en procesos, en la que sus actividades y metodologías estén definidas y en concordancia a los objetivos que requieran las instituciones de salud.

Con estas consideraciones se realiza este trabajo de titulación, proponiendo un modelo de gestión basado en procesos que pueda ser aplicado en la gestión de la Auditoría Médica de nuestro país, y particularmente en el Hospital Carlos Andrade Marín donde se ha instituido la Coordinación General de Auditoría Médica.

1.2 Aspectos Generales del Hospital Carlos Andrade Marín

1.2.1 Antecedentes del Hospital Carlos Andrade Marín

El 13 de marzo de 1928 fue creada la Caja del Seguro Social como conquista lograda por la clase trabajadora para alcanzar protección social. El 1 de mayo de ese año fue fundada la Caja de Pensiones, y el 8 de octubre de 1935, en el Gobierno del ingeniero Federico Páez, se constituyó el Instituto de previsión como entidad rectora del sistema de seguro social en el Ecuador.

El 1 de mayo de 1936 se iniciaron las primeras atenciones médico-preventivas de los asegurados en un local anexo al Hospital San Juan de Dios. En julio de 1937 se

creó el Departamento Médico, por acuerdo del Instituto Nacional de Previsión, y se reglamentó por primera vez el seguro de enfermedad.

Para atender la necesidad de hospitalización, el Seguro recurrió a la Asistencia Social de ese entonces y logró que sus afiliados ingresaran al Hospital Eugenio Espejo. En febrero de 1938 fue designado Director del Servicio Médico el señor doctor Carlos Andrade Marín, en las instalaciones ubicadas en las calles Manabí y García Moreno, que dio paso a la construcción de una verdadera clínica.

La obra se levantó en el mismo lugar y el 28 de diciembre de 1946 comenzó a funcionar con 80 camas. La capacidad técnico-administrativa, las instalaciones, el equipamiento, le dieron la calidad científica suficiente, lo que permitió que fuera reconocida por la Asociación Americana de Hospitales en 1948, aceptándola como su miembro.

La Clínica del Seguro prestaba atención médica externa y de hospitalización, lo hacía con eficiencia, pero cada vez se notaba la necesidad de ampliarla y modernizarla, para atender a la cada vez mayor cantidad de pacientes, contando siempre con los más capacitados profesionales de la salud. Generaciones enteras nacieron en lo que luego se transformó en Dispensario Central, cuando la atención a los afiliados se trasladó a lo que es desde 1970 el Hospital Carlos Andrade Marín.

La Clínica del Seguro abrió sus puertas el 27 de diciembre de 1946 con 80 camas. Antes de esto los afiliados eran atendidos en los hospitales Eugenio Espejo y San Juan de Dios porque no se contaba con un establecimiento asistencial propio. La clínica estaba dirigida por el Dr. Luis Alcívar y estaba ubicada en las calles Manabí y Benalcazar.

El edificio se levantó en donde era originalmente la “Casa de los Geofísicos”, construcción que se había deteriorado con los años, por lo que fue derruida.

En el año 1947 se inició con 73 pacientes, en enero, para finalizar con 1979 en diciembre. Por ello hicieron un convenio con la Maternidad para poder atender a pacientes en el área de obstetricia y ginecología 8 años más tarde tuvieron que adquirir el edificio contiguo a la clínica, en la calle Manabí. En este local se ampliaron los servicios de medicina interna, cirugía, neurología, psiquiatría,

neuropsiquiatría y urología. También los de rehabilitación y cardiología. Capacidad total: 180 camas.

En Medicina Interna se crearon especialidades en neumología, gastroenterología, endocrinología.

El 30 de mayo de 1970 se inauguró el Hospital “Carlos Andrade Marín”, cuando era Presidente de la República, por quinta oportunidad, el Dr. José María Velasco Ibarra. El Licenciado Luis Robles Plaza era el Ministro de Previsión Social y Trabajo.

La obra fue levantada en la quinta Miraflores, cuando ni se pensaba en la construcción de la Avenida Occidental, actual Mariscal Sucre, que permitió el apareamiento de tantos barrios y ciudadelas.

El 1 de febrero de 1961 se firmó el contrato para la construcción del Hospital del Seguro.

El contrato tenía tres etapas. La primera comprendía un área de construcción superior a los 27.000 metros cuadrados con un costo aproximado de 37 millones de sucres para dar servicio a 256 camas. En esta primera etapa se incluiría determinados servicios útiles para todas las etapas como son quirófanos, maternidad, cocinas, laboratorios, boticas y especialmente el gran Departamento de Consulta Externa. Por esta razón fue la etapa más costosa. La segunda etapa de construcción tuvo un costo aproximado de 7 millones de sucres y daba servicio a 134 camas. La última permitía contar con 250 camas. Es decir, el total de camas era de 640, pudiendo en casos emergentes habilitarse hasta 800. El costo del hospital finalmente fue de 132'279.720 sucres.

El día sábado 30 de mayo de 1970 se inauguraba el nuevo Hospital “Carlos Andrade Marín”(Hospital Carlos Andrade Marín, 2011).

1.2.1 Aspecto geográfico del Hospital Carlos Andrade Marín

El Hospital Carlos Andrade Marín es un Centro de Salud Universitario de tercer nivel de complejidad, ubicada en el Centro Norte de la ciudad de Quito. Es administrado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).

Está ubicado en la provincia de Pichicha, cantón Quito, parroquia Santa Prisca en la calle 18 de Septiembre y Ayacucho, cuenta con un área de 44332 m², con 588 camas censables, 127 consultorios, 38 salas de procedimientos, 28 especialidades, esta casa de salud cuenta con 2697 funcionarios.



Figura 1. Hospital Carlos Andrade Marín
Fuente: (HCAM, Hospital Carlos Andrade Marín, 2015)

1.2.3 Direccionamiento estratégico del Hospital Carlos Andrade Marín

1.2.3.1 Visión

En el 2017, ser reconocidos a nivel nacional por la excelencia en la atención especializada promoviendo una cultura de mejoramiento continuo, fomentando la investigación científica y docencia dentro de instalaciones modernas, dotadas con equipamiento especializado y tecnología de punta a fin de garantizar mejores condiciones de la población atendida.

1.2.3.2 Misión

La misión de las unidades médicas de tercer nivel del IESS es brindar atención de salud especializada a través de estándares nacionales e internacionales para los afiliados, derechohabientes de la seguridad social y beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud contribuyendo al Buen Vivir

1.2.3.3. Objetivos del Plan Estratégico

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los afiliados y usuarios del Hospital Carlos Andrade Marín, estableciendo innovadores y efectivos servicios brindados a través de una amplia gama de canales de atención y comunicación.
- Gestionar la prestación de Servicios de Salud del Hospital Carlos Andrade Marín, aplicando una gestión eficiente por procesos, con altos estándares de calidad, productividad, responsabilidad social y ambiental.
- Asegurar que el clima laboral y la Cultura Organizacional del Hospital Carlos Andrade Marín, sea el facilitador para que todos los colaboradores desempeñen sus funciones con conocimiento y compromiso(Hospital Carlos Andrade Marín, 2014).

1.2.3.4. Estrategias

- Estudios de factibilidad de la construcción de nuevas áreas de hospitalización y consulta externa.
- Contratación de talento humano.
- Plan de medicación continua y cierre de citas a largo plazo.
- Plan de educación continua.
- Continuidad en los programas de posgrados por especialización.
- Levantamiento del perfil epidemiológico
- Políticas de implementación de metas institucionales.
- Levantamiento de procesos.
- Acreditación de laboratorios.

- Acreditaciones nacionales e internacionales.
- Proyectos de codificación CIE.
- Implementación, socialización y establecimiento de responsabilidades.
- Evaluación continua de los procesos en función de resultados.
- Certificación y acreditación del Hospital como unidad docente.
- Contar con un sistema de manejo documental estandarizado y digitalizado.
- Propuesta para mejoramiento informático.

1.2.3.5. Principios

- Implementar una organización por procesos
- Cubrir las expectativas de atención a los afiliados
- Reducir el impacto ambiental.
- Racionalización del uso de recursos.
- Trámites automatizados (informatizados), sin papel
- Promover elevados niveles de acogida, habitabilidad y confort.
- Flexibilidad funcional y adaptación futuras.

1.2.3.6. Valores

- Honestidad
- Servicio
- Trabajo
- Compromiso
- Solidaridad

1.2.3.7. Estructura Orgánica

Basado en la resolución 468 emitida el 30 de Mayo de 2014, el organigrama del Hospital Carlos Andrade Marínes el siguiente:

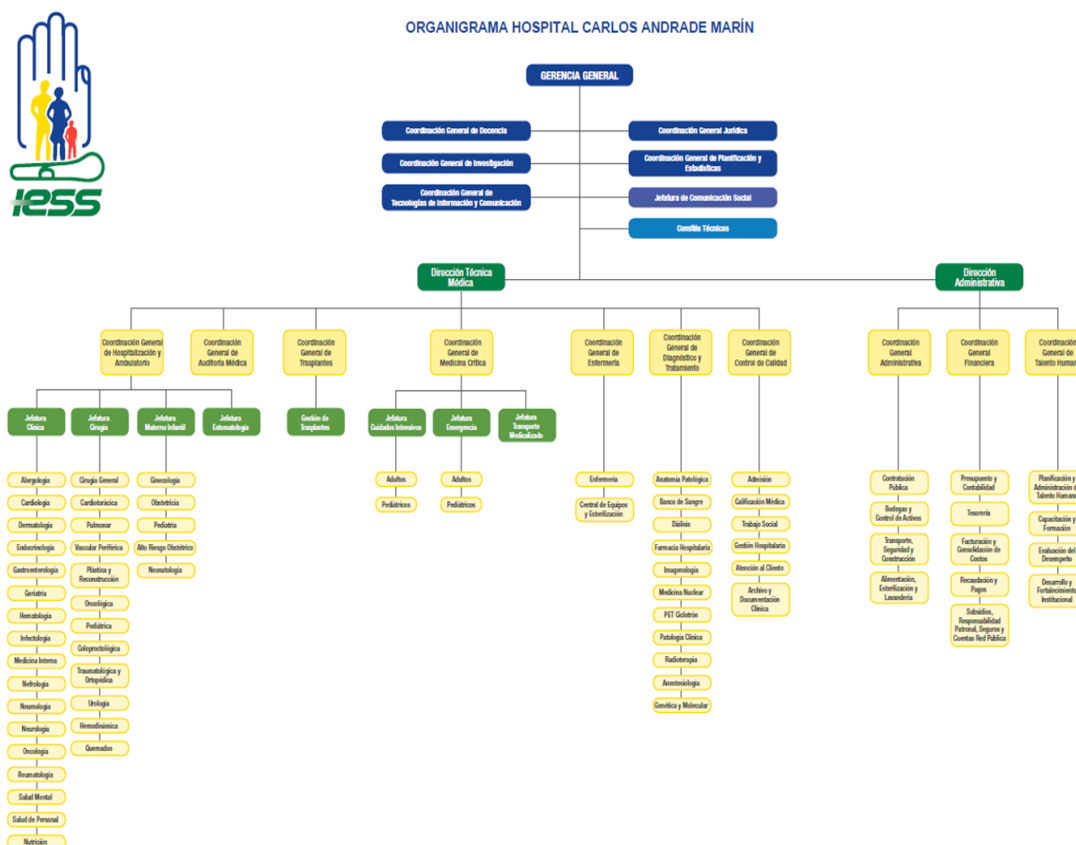


Figura 2. Organigrama Hospital Carlos Andrade Marín

Fuente:(HCAM, Plan Médico Funcional, 2014)

1.2.3.8. Área de oferta del Hospital Carlos Andrade Marín

1.2.3.8.1. Servicios que presta el Hospital

El Hospital Carlos Andrade Marín oferta servicios de atención ambulatoria, hospitalización (en áreas clínica y quirúrgica), servicios de ambulancia, cuidados intensivos (adultos y pediátricos), emergencias (adultos y pediátricas), medicina nuclear, laboratorio e imagen; sintetizando así la variedad de servicios con los que dispone el hospital.

En lo correspondiente a la atención ambulatoria, se cuenta con la disponibilidad de 127 consultorios para las diversas especialidades médicas, conforme se detalla en la tabla 1:

Tabla 1.

Servicios de consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín

SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA	
1. Cirugía Plástica y Reconstructiva	20. Coloproctología
2. Cirugía General	21. Urología (Urodinamia)
3. Cardiotorácica	22. Hemodinámica
4. Cirugía Vascular	23. Traumatología y Ortopedia
5. Oftalmología	24. Otorrinolaringología
6. Cirugía Pediátrica	25. Medicina Interna
7. Endocrinología	26. Geriátrica
8. Alergología	27. Dermatología
9. Salud Mental	28. Nefrología y Diálisis
10. Nutrición	29. Oncología
11. Neumología	30. Cardiología
12. Reumatología	31. Infectología
13. Neurología	32. Neurocirugía
14. Gastroenterología	33. Hematología
15. Maxilo Facial y Estomatología	34. Medicina Ocupacional
16. Ginecología	35. Pediatría
17. Trasplante	36. Clínica del Dolor y Acupuntura
18. Neonatología	37. Médico a Domicilio
19. Rehabilitación	

Fuente:(HCAM, Plan Médico Funcional, 2014)

Servicios Hospitalarios: la institución cuenta con 15 Quirófanos, 38 Salas de Procedimientos, 588 camas censables, con una ocupación del 85%, que se detallan en la tabla 2.

Tabla 2.**Servicios del Hospital Carlos Andrade Marín**

SERVICIOS HOSPITALARIOS	
CLÍNICAS	QUIRÚRGICAS
1. Cardiología	1. Cardiotorácica
2. Gastroenterología	2. Cirugía General
3. Hematología	3. Neurocirugía
4. Medicina Interna	4. Oftalmología
5. Infectología	5. Otorrinolaringología
6. Endocrinología	6. Plástica
7. Nefrología	7. Área de Quemados
8. Neumología	8. Traumatología
9. Neurología	9. Urología
10. Oncología	10. Vascular
11. Psiquiatría	11. Ginecología
12. Pediatría	12. Obstetricia
13. Neonatología	13. Cirugía Pediátrica
14. Cuidados Intensivos	14. Anestesiología

Fuente:(HCAM, Plan Médico Funcional, 2014)

El hospital cuenta con servicio de emergencia para adultos y pediátricos. Presta servicios auxiliares diagnósticos en las que se incluye: laboratorio clínico, laboratorio de biología molecular, patología, servicio de imagenología (radiología básica, radiología convencional, TAC simple y contrastada, resonancia magnética simple y contrastada, estudios de intervencionismo, medicina nuclear, entre otros). Medicina nuclear (Radioterapia), Pet-ciclotrón y Farmacia.

1.2.4. Mortalidad en el hospital Carlos Andrade Marín

A continuación en la tabla 3 se muestra las principales causas de mortalidad en el 2014 registradas en el Hospital Carlos Andrade Marín.

Tabla 3.

Principales causas de mortalidad en el Hospital Carlos Andrade Marín 2014

Código CIE-10	Causas	Mortalidad General			Masculino			Femenino		
		Número	%	Tasa	Número	%	Tasa	Número	%	Tasa
I60 - I69	Enfermedades cerebrovasculares	38	4,2%	0,24	19	3,5%	0,24	19	5,1%	0,24
J10-J18	Influenza y neumonía	31	3,4%	0,20	16	3,0%	0,20	15	4,1%	0,19
I46	Paro cardíaco	20	2,2%	0,13	13	2,4%	0,17	7	1,9%	0,09
C81-C96	Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y afines	18	2,0%	0,11	10	1,9%	0,13	8	2,2%	0,10
P00-P96	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	15	1,7%	0,10	13	2,4%	0,17	2	0,5%	0,03
I26 - I45	Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	12	1,3%	0,08	5	0,9%	0,06	7	1,9%	0,09
S06	Traumatismo intracraneal	12	1,3%	0,08	12	2,2%	0,15		0,0%	0,00
Z37	Producto del parto	12	1,3%	0,08	6	1,1%	0,08	6	1,6%	0,08
N00-N39	Enfermedades del sistema urinario	11	1,2%	0,07	7	1,3%	0,09	4	1,1%	0,05
A40-A41	Septicemia	10	1,1%	0,06	6	1,1%	0,08	4	1,1%	0,05
J80 - J98	Otras enfermedades respiratorias	10	1,1%	0,06	8	1,5%	0,10	2	0,5%	0,03
K70-K76	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	7	0,8%	0,04	3	0,6%	0,04	4	1,1%	0,05
C16	Tumor maligno del estomago	6	0,7%	0,04	3	0,6%	0,04	3	0,8%	0,04
C69 - C80	Otros tumores malignos	6	0,7%	0,04	1	0,2%	0,01	5	1,4%	0,06
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	6	0,7%	0,04	6	1,1%	0,08		0,0%	0,00
C50	Tumor maligno de la mama	5	0,6%	0,03		0,0%	0,00	5	1,4%	0,06
J80-J84	Edema pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan al intersticio	5	0,6%	0,03	5	0,9%	0,06		0,0%	0,00
K80 - K92	Resto de enfermedades del sistema digestivo	5	0,6%	0,03	4	0,7%	0,05	1	0,3%	0,01
B20-B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia (VIH)	4	0,4%	0,03	3	0,6%	0,04	1	0,3%	0,01
J40-J47	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4	0,4%	0,03	4	0,7%	0,05		0,0%	0,00
K50 - K55	Resto de enfermedades del sistema digestivo	4	0,4%	0,03	2	0,4%	0,03	2	0,5%	0,03
I71 - I99	Otras de enfermedades del sistema circulatorio	3	0,3%	0,02	3	0,6%	0,04		0,0%	0,00
Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	0,3%	0,02	2	0,4%	0,03	1	0,3%	0,01
A50 - A64	Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	2	0,2%	0,01		0,0%	0,00	2	0,5%	0,03
C18-C21	Neoplasia maligna del colon, sigmoidea, recto y ano	2	0,2%	0,01	1	0,2%	0,01	1	0,3%	0,01
Z51	Otra atención medica	512	56,5%	3,25	308	57,5%	3,94	204	55,1%	2,56
R00-R99	Causas mal definidas	57	6,3%	0,36	30	5,6%	0,38	27	7,3%	0,34
Z00	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnostico informado	47	5,2%	0,30	26	4,9%	0,33	21	5,7%	0,26
	Resto de causas	39	4,3%	0,25	20	3,7%	0,26	19	5,1%	0,24
	Total	906	100,0%	5,743	5,74	100,0%	6,86	370	100,0%	4,65

Fuente:(Hospital Carlos Andrade Marín, 2014)

1.2.4.1.Indicadores hospitalarios

Continuando con la oferta del Hospital Carlos Andrade Marín dentro de la Tabla 4 se presentan los principales indicadores hospitalarios registrados en el 2014.

Tabla 4.

Indicadores hospitalarios del Hospital Carlos Andrade Marín

NOMBRE INDICADOR	RESULTADO
Egresos Hospitalarios	2399
Altas:	2332
Defunciones < 48 horas	21
Defunciones > 48 horas	46
Camas Disponibles	649,3
Días Estancia	6,84
Promedio Diario de camas ocupadas	546,7
Giro de cama	3.69
Intervalo de Giro	1,3
% Ocupación de Camas	84,19%

Fuente: (Hospital Carlos Andrade Marín, 2014)

1.3 Coordinación General de Auditoría Médica

1.3.1 Auditoría Médica Hospital Carlos Andrade Marín

Dentro de la estructura del Hospital “Carlos Andrade Marín” históricamente no contemplaba la conformación de un área de auditoría médica, esto se pudo evidenciar al revisar la resolución C.I.056 emitida por la comisión interventora el 26 de Enero de 2000, donde estableció el Organigrama Estructural para los hospitales de tercer

nivel del IESS, en la misma no consta un área de Auditoría Médica, esta resolución estuvo en vigencia hasta el 19 de junio de 2014.

En el Oficio-Circular No 111011101-1438 del 04 de Octubre de 2010 la Directora del Hospital, resolvió autorizar la creación de la Comisión de Facturación del HCAM, ellos tenían como misión fundamental la implementación cabal y completa del Sistema Global de Facturación por medio del análisis, definición y aplicación irrestricta de las políticas de gestión técnicas-administrativas que sean necesarias y pertinentes, en todas las Áreas de esta Unidad Médica.

La Comisión de Facturación del HCAM se conformó de la siguiente manera:

- Un Coordinador
- Una Enfermera
- Un Ingeniero en sistemas
- Un Médico

En esta resolución se nombra al Médico como Auditor, lo que marca el comienzo de la instauración de la auditoría médica dentro del funcionamiento del Hospital Carlos Andrade Marín.

Sin embargo hay que señalar que la misión encomendada al Auditor Médico fue la de implementar el módulo de facturación dentro del sistema informático del hospital, más no la de gestionar procesos de auditoría o de mejora. Sin embargo dentro de la documentación que se conserva en la Coordinación General de Auditoría Médica se puede evidenciar como desde principios del año 2011, existen solicitudes de análisis de queja de usuarios, los mismos que eran requeridas desde la Dirección Médica del Hospital o de la Dirección de Salud del Seguro Social.

Este antecedente evidencia como el Médico Auditor realizó gestión en auditoría profesional, aunque esto no estaba contemplado dentro de las funciones a las que fue designado. Hasta este momento el médico auditor viene realizando auditorías de facturación y auditorías profesionales lo que respalda la necesidad del hospital de crear de una unidad de Auditoría Médica, pero hasta ese entonces no se la había conformado.

No es sino hasta la emisión de la resolución 468 emitida el 19 de junio de 2014 donde se resolvió, expedir el Reglamento Interno para la creación de la nueva

estructura orgánica de las Unidades Médicas de Nivel III del IESS, y en esta resolución se crea la Coordinación General de Auditoría Médica dando así el inicio de esta área de gestión.

1.3.2 Personal de la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.

En la resolución No C.D. 468 se establece los requisitos que debe tener el Coordinador General de Auditoría Médica y se definió que debe tener Título de tercer nivel reconocido por el SENESCYT de Médico Cirujano o Doctor en Medicina y Cirugía, con capacitación o formación complementaria en áreas de Auditoría Médica y experiencia de 3 años en el ejercicio de auditoría médica. (IESS Resolución 468, 2014).

Como se puede apreciar no se contempló la necesidad de conformar un equipo de auditores que trabajen en el área, sin embargo actualmente dentro de la Coordinación General de Auditoría Médica trabajan cuatro médicos generales en calidad de auditores, cuenta también con una licenciada de enfermería, dos ingenieras financieras y una asistente ejecutiva, en total la coordinación de Auditoría cuenta con un equipo conformado por nueve personas.

1.3.3 Estructura física de la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.

La Coordinación General de Auditoría Médica cuenta con dos oficinas, en la primera está el equipo de auditores y en la segunda oficina labora el Coordinador General.

Según la distribución actual de espacios del Hospital Carlos Andrade Marín que consta en el plan médico funcional, el área de auditoría Médica donde se encuentra establecido el equipo de auditoría médica, cuenta con un espacio de 57 m² y se lo puede apreciar en la figura 4. El Coordinador General de Auditoría Médica tiene una oficina de 35m² que se muestra en la figura 3.

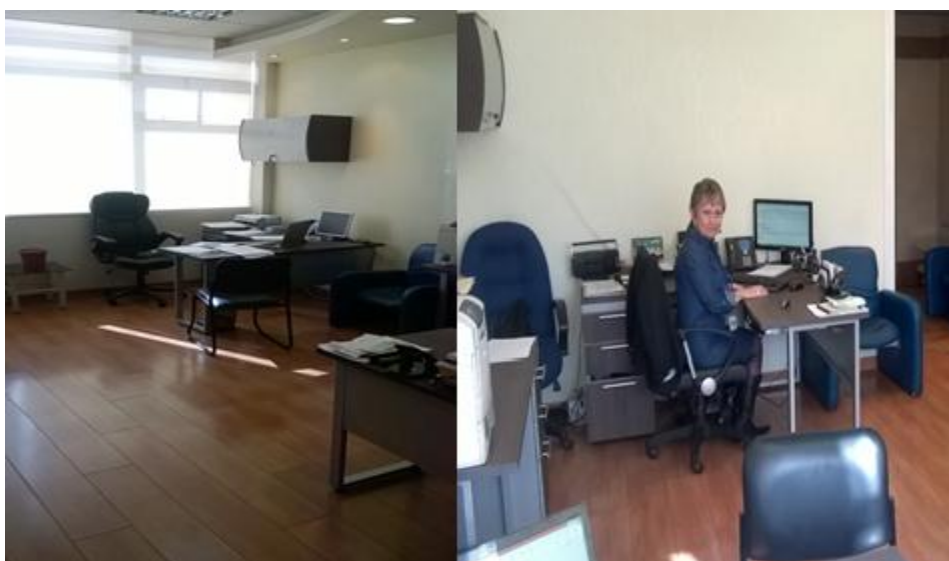


Figura 3. Área de la Coordinación de Auditoría Médica

En este espacio cada miembro del equipo cuenta con mobiliario de trabajo, equipo de cómputo con acceso a internet y paquete informático, una impresora así como un scanner para toda el área, un teléfono y 2 archiveros donde reposan los expedientes de las auditorías que van realizando.



Figura 4. Área de Gestión Equipo de Auditoría Médica

1.3.4 Funciones de la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.

Según lo establecido en la resolución 468 la Coordinación General de Auditoría Médica se constituye en un órgano de apoyo de la Dirección Técnica y tendrá las siguientes funciones:

- 1) Elaborar el Plan Anual de Auditoria, con sujeción a la normativa vigente, para aprobación de la Gerencia General de la Unidad Médica;
- 2) Ejecutar auditorías médicas de conformidad con el Plan Anual;
- 3) Evaluar trimestralmente el cumplimiento y avance de actividades contempladas en el Plan Anual de Auditoría;
- 4) Asesorar a las autoridades de la Unidad Médica en materia de competencia y de conformidad con la normativa vigente;
- 5) Realizar el seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones realizadas en las diferentes auditorías;
- 6) Supervisar y aprobar los trabajos de su unidad;
- 7) Participar en la elaboración del Plan Operativo Anual de su unidad; y,
- 8) Las demás funciones y responsabilidades constantes en la ley, reglamentos y las que le sean dispuestas por la máxima autoridad de la Unidad Médica(IESS Resolución 468, 2014).

1.4 Planteamiento del problema

1.4.1 Antecedentes del problema

En la historia de la medicina se puede apreciar como desde inicios de 1900 se empezaron a tomar medidas con el fin de disminuir la incidencia de eventos adversos y de mejorar la calidad de la atención de los pacientes, optimizando las medidas de seguridad en la atención intrahospitalarias.

Con los avances de la comunicación y los avances tecnológicos siempre existirá la necesidad de mejorar los estándares de seguridad en la atención ya que la población tiene un mayor conocimiento de los adelantos médicos y demanda cada

vez más el cumplimiento de los estándares, generando un escenario en que el paciente y el médico se ven expuestos a mayores riesgos lo que exige controles más rigurosos en la terapéutica.

Es un hecho ampliamente reconocido que toda institución de salud debe evaluar con regularidad la calidad de la atención, sin embargo son escasos los logros alcanzados en este campo. Se menciona que la causa fundamental es la no disponibilidad de una metodología práctica y sencilla, que pueda aplicarse a todas las instituciones de salud independiente de su nivel de complejidad, que sea de bajo costo y que genere información útil para la toma de decisiones, orientada a la mejora continua de la calidad de la atención (Malagón, Galán, & Pontón, 1998).

Desde hace 3 años, con la implementación del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, la Auditoría Médica de cuentas se volvió una necesidad para todo el sistema de salud del Ecuador, esto a llevado a que la auditoría médica sea vista únicamente como un mecanismo de control del gasto y por lo tanto se descuide de su carácter de mejora continua en la calidad y seguridad de la atención en salud.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), mediante resolución número 468 del 30 de mayo del 2014 resolvió, expedir el reglamento interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las Unidades Médicas de Nivel III del IESS, en esta normativa se incluye la creación de la Coordinación General de Auditoría Médica. Esta Coordinación se constituye como un órgano de gestión y se encuentra bajo la dependencia de la Dirección Técnica del Hospital (IESS Resolución 468, 2014).

Esta nueva área de gestión no tiene precedentes en otros hospitales públicos nacionales que pueda servir de base para su constitución y funcionamiento, dando como resultado que se vea a la Auditoría, únicamente como un mecanismo de control de tipo punitivo y deje de lado sus características educativas, correctivas y de optimización médica (Piscoya, Calidad de la atención de salud a través de la auditoría médica, 2000). Por lo que es importante establecer la estructura, los procesos y objetivos, para que se pueda poner en funcionamiento a esta Coordinación.

Con esta realidad la Coordinación General de Auditoría Médica debe enfrentar trabas como:

- Concepto erróneo de sus actividades
- Rechazo de los colaboradores institucionales por temor a posibles sanciones.
- Actividades y tareas fuera de competencia.
- Procedimientos mal establecidos que le quiten legitimidad.
- Perder la oportunidad de trabajar para mejorar la calidad de la atención al paciente.

Por ser un área nueva y poco conocida, esta Coordinación debe enfrentarse a varios desafíos, por lo que es importante contar con una organización fuerte, lógica y bien implementada, capaz de influir positivamente en el funcionamiento del hospital y en el desempeño profesional de sus miembros, haciéndose necesario desarrollar un modelo de gestión administrativa basada en procesos y para lograrlo se deberá fundamentar en la experiencia internacional adaptada a nuestro medio, buscando la mayor eficiencia y que sus resultados tengan el impacto esperado dentro de la institución.

Deberá enfocarse en la mejora de la calidad y la seguridad de las prestaciones médicas, con costos razonables, procurando mantener los niveles de morbilidad y mortalidad en niveles aceptables, evitando en la medida de lo posible conflictos de orden civil o penal que afecten la misión, la imagen y el desempeño económico de la institución.

1.4.2 Formulación del problema

¿La Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín, requiere implementar un Modelo de Gestión Administrativa en base a Procesos para su funcionamiento?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Desarrollar un modelo de gestión administrativa en base a procesos, en la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y determinar si es necesario su implementación.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Elaborar un marco teórico sobre la gestión en Auditoría Médica.
2. Definir los recursos humanos y materiales que se requieren para la implementación de este modelo.
3. Desarrollar los procesos a emplearse en la Coordinación General de Auditoría Médica.
4. Determinar la el beneficio con la implementación de este modelo de gestión.
5. Proponer el modelo administrativo en base a procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica.
6. Establecer si es necesario la implementación del modelo de gestión.

1.6. Justificación e importancia

1.6.1 Justificación

La incorporación de la Coordinación de Auditoría Médica dentro de la estructura del Hospital “Carlos Andrade Marín” representa un nuevo reto para la institución, ya que implica el instituir una cultura basada en la medición de la calidad y la seguridad de la atención.

Para los profesionales de esta casa de salud el desafío está basado en aceptar un monitoreo permanente, la implementación de medidas que garanticen la calidad de la atención y que se realicen revisiones periódicas del accionar de los servicios.

Todas estas actividades deberán ser efectuadas de manera constante y periódica, intentando abarcar en su totalidad las áreas del hospital y poniendo principal énfasis en las áreas críticas como por ejemplo: emergencias, centro obstétrico y quirófanos.

Para poner en marcha estas acciones y cambiar estos paradigmas, es necesario el desarrollo del Modelo de Gestión basado en procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica con el fin de establecer con claridad la funcionalidad de la misma, a fin de que se instaure permanentemente como una herramienta de mejora continua dándole sostenibilidad, apoyándose en una Unidad de Auditoría Médica que conjuntamente desarrollen una gestión eficiente, delimitando sus funciones, alcances y objetivos, para el beneficio de la gestión de la Institución, de sus miembros y sobre todo del paciente.

1.6.2 Importancia

Al ser una dependencia nueva y poco conocida en nuestro medio, esta Coordinación debe enfrentarse a varios desafíos ya que la expectativa que se cierne alrededor de la Auditoría Médica puede estar mal concebida, por lo que es importante contar con una organización fuerte, lógica y bien implementada, capaz de influir positivamente en el funcionamiento del hospital y en el desempeño profesional de sus miembros.

Es la primera vez que dentro de la estructura orgánico funcional de un hospital público se contempla a esta área de la medicina, esto servirá de base para la implementación en otras unidades de salud, por tanto su funcionalidad debe ser clara y estar bien documentada a fin de que se pueda replicar, por estas razones se ha desarrollado este trabajo de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamento legal

2.1.1 Constitución del Ecuador 2008.

Art. 32 “...La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

Art. 66 “El derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad, con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características”.

Art. 359 “El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social”.

Art. 360“ El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”.

Art. 362“... Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes”(Constitución de la República del Ecuador, 2008).

2.1.2 Ley Orgánica de la Salud

Art. 10 “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad...”

Art. 181 “La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados..., garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad...”(Ley Orgánica de Salud del Ecuador, 2006).

2.1.3 Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.

Objetivo 3: Mejorar la Calidad de Vida de la población.

Numeral 3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

e. “Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoria de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social”.

h. “Definir la institucionalidad y la estructura orgánica necesaria para la operación de los sistemas de calidad de servicios sociales”.

i. “Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social”(Senplades, 2013).

2.1.4 Estatuto Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La Dirección Nacional Médico Social tendrá las siguientes responsabilidades:

17. El control y evaluación de la calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, facilidad de acceso y sustentabilidad financiera de los servicios de salud entregados por las Unidades Médicas del IESS y otros prestadores acreditados, y la aplicación de los correctivos necesarios para garantizar la mejor atención del asegurado, a través de la Subdirección de Prestaciones de Salud de la respectiva circunscripción;

18. El control y evaluación de la calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, facilidad de acceso y sustentabilidad financiera de los servicios de salud entregados por las Unidades Médicas del IESS y otros prestadores acreditados, y la aplicación de los correctivos necesarios para garantizar la mejor atención del asegurado, a través de la Subdirección o Departamento de Prestaciones de Salud de la respectiva circunscripción;

La Subdirección de Aseguramiento y Control de Prestaciones tendrá las siguientes responsabilidades:

10. La elaboración de los programas de control de la calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, facilidad de acceso y sustentabilidad financiera de las prestaciones de salud, para la aprobación del Director Nacional Médico Social y su ejecución por la Subdirección o Departamento de Prestaciones de Salud de cada circunscripción;

12. El conocimiento y la resolución de los casos de insatisfacción de la población asegurada respecto de la calidad y oportunidad de los servicios de salud entregados por las Unidades Médicas del IESS y otros prestadores con los cuales mantiene compromisos de gestión, contratos o convenios;

La Subdirección o el Departamento de Prestaciones de Salud, según la circunscripción, tendrá las siguientes responsabilidades:

13. La difusión en la comunidad de los beneficios de la protección del Seguro de Enfermedad y Maternidad y de la calidad y variedad de los servicios médicos ofrecidos en la circunscripción a los asegurados, y la resolución de los casos de insatisfacción respecto de la calidad y oportunidad de los servicios de salud entregados por las Unidades Médicas del IESS y otros prestadores;

En el marco legal ecuatoriano se puede apreciar como en las reglamentaciones que están vinculadas a los temas de salud, siempre se tiene en consideración a la calidad y seguridad de los servicios, esto realza la importancia de tener mecanismos de monitoreo, supervisión y control, que permita tomar los correctivos requeridos.(Instituto de Seguridad Social, 2001).

2. 2 Fundamento teórico

2.2.1 Auditoría Médica definición:

Evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias.

El propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.

AvedisDonabedian define a la calidad de la atención médica como “el grado por el cual los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles a la salud”(Ahumada, 2011).

La auditoría de la atención de salud, al trabajar sobre la base de registros de lo efectuado, además de evaluar la calidad de estos, valora también la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la de la atención prestada (Blanco, Auditoría Médica, 2007).

Otras definiciones:

“La Auditoría Médica lejos de ser un instrumento punitivo recupera sus características de instrumento educativo, correctivo, continuo y de optimización médica.” (Piscoya, Calidad de la Atención en salud a través de la Auditoría Médica, 2000).

“El trabajo del Auditor Médico debe ser independiente, debe contar con el apoyo de los directivos para poder realizar la tarea de una manera libre y sin interferencias” (Osorio, Sayes, Fernández, & Poblete, 2002).

En países como Perú se establece criterios como:

“La propuesta de Auditoría en Salud parte del supuesto que sin una evaluación permanente del “¿qué se hace? y el ¿cómo se hace? junto a la identificación de la manera como se está atendiendo a las personas, el nivel de calidad y el grado de excelencia con que se viene trabajando; estos procesos no podrán ser conocidos y menos aún mejorados”.

Lo que busca es la mayor eficiencia, mejorar la calidad de las prestaciones, maximizar el rendimiento y capacitar a los prestadores de los servicios de salud (Ministerio de Salud Perú, 2005).

El primer Encuentro de Auditores de la Atención Médica, en 1974 definió a la Auditoría Médica como “Conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica, mediante el análisis de su programa, contenidos, procesos y confrontación con normas vigentes orientadas al logro del mejoramiento de su calidad y rendimiento”.

Una institución de salud moderna no se puede concebir sin el apoyo de la Auditoría Médica como un eficaz medio de control al proceso de atención médica y mantenimiento de costos razonables.

Se plantea un nuevo paradigma en la que se define a la Auditoría Médica como un mecanismo para garantizar la calidad de las prestaciones médicas convirtiéndola en el mejor aliado del médico.

2.2.2 Características de la Auditoría Médica

Se definen las características de la Auditoría Médica como: objetiva, documental, planeada, confidencial, permanente, participativa, flexible y debe ser realizada por profesionales de amplio conocimiento, experiencia y, ajenos a la materia objeto de la auditoría, a continuación detallaremos cada una de ellas:

- **Objetiva:** Debe corresponder a hechos reales contenidos en la historia clínica y será este el documento el que se utilice para su estudio y análisis.
- **Documentada:** El análisis y evaluación se refiere exclusivamente sobre documentos que proporcionan la información sobre la atención de salud. Sin embargo, el auditor puede completar o aclarar la información documental mediante los datos que se pueden documentar mediante una entrevista que se realice de las personas que se relacionen con la atención del servicio de salud.
- **Planeada:** Se debe establecer objetivos, se prevé aspectos concretos a analizar, que obedece a una política institucional y a un programa a ejecutar. Responde a las cuestiones: para qué, cuándo, cómo y cuánto.

- **Confidencial:** Los resultados que se obtengan de la auditoría médica son reservados; serán de conocimiento exclusivo del director de la entidad, el médico y las personas directamente relacionadas con el caso. Se puede dar a conocer los resultados sin incluir nombres de personas, sino como genérico para fines educativos o de investigación científica.

- **Permanente:** Debe ser una actividad continua y parte integrante de los planes y programas institucionales, debe ser una tarea de rutina propia de una empresa de salud.

- **Participativa:** La discusión de los datos y resultados deben ser parte las personas implicadas en el caso. De ser el caso se puede hacer partícipes para el análisis y discusión los profesionales interdisciplinarios que se consideren puedan aportar conocimientos y experiencias para el estudio del caso.

- **Flexible:** Cada caso en particular tiene sus propias características, por lo que las técnicas y procedimientos generales aceptados en la profesión, deben interpretarse de acuerdo a los hallazgos de cada uno. En consecuencia no todos los casos pueden resolverse bajo los mismos parámetros; por lo tanto el auditor debe apreciar y valorar las circunstancias concretas en que se desarrolló objeto de estudio.

- **Los auditores:** Otra característica de la auditoría médica es que ella debe ser realizada por especialistas de reconocido prestigio profesional y que no hayan intervenido en el caso objeto de auditoría (Mejía, Auditoría Médica, 2012).

2.2.3 Calidad de la atención médica

La calidad en la atención sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio de la medicina, ya que existen evidencias en documentos antiguos, como en Papiros egipcios, ejemplos como el Código de Hammurabi o en el tratado la Ley de Hipócrates por mencionar algunos. En países como la India y la China se registraban estándares que determinaban quien podía practicar la medicina en documentos que datan del primer siglo A.C.

La calidad de la atención debe definirse a partir de estándares técnicos y de las expectativas de los pacientes (Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013). Si bien

no existe una única definición aplicable a todas las situaciones, se presentan algunas definiciones que nos servirán para el entendimiento de la calidad.

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios, sin aumentar sus riesgos.

El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que la atención logre el equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

Donabedian propone tres elementos que en conjunto serían los atributos determinantes de la calidad, y son: los aspectos técnicos-científicos, los interpersonales y el entorno (ambiente).

Otro concepto de calidad señala, es la forma o sistema que garantiza que todos los pacientes puedan recibir todos los servicios de diagnóstico, terapéuticos y de cuidados más adecuado, para así obtener los mejores resultados durante el proceso con un mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente (Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013, pág. 74).

La OMS define a la calidad de servicios de salud como el conjunto de servicios diagnóstico terapéutico más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado posible con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

La calidad en los servicios médicos implica cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidas por los estamentos superiores y por los compradores del servicio (Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013, pág. 75).

La calidad de la atención médica se la puede medir de varias formas, frecuentemente se ha usado los resultados de la atención (recuperación, restauración de la función, sobrevida, etc.) como indicadores de la calidad la atención. Estos resultados sirven para medir una dimensión de la calidad, sin embargo, existen limitaciones en estos indicadores. La primera es plantear si el resultado es relevante ya que muchas veces únicamente se mide la capacidad de la ciencia médica para conseguir un resultado, sin embargo la delimitación de la calidad se la hace en

función de lo que se pretenda medir, se puede utilizar variables duras como mortalidad que son fáciles de medir, o emplearse medidas de mayor complejidad como la satisfacción del paciente, el grado de incapacidad, la prolongación de la vida, estas valoraciones no pueden ser usadas indiscriminadamente y sus resultados dependerán de la validación que se les dé.

Otra dimensión en la valoración de la calidad se la hace a través del examen de los procesos. Ya no se trata únicamente de medir si la tecnología médica consigue resultados, sino también en saber si se ha usado el mejor cuidado médico. En este caso se evalúa la historia clínica, el examen físico, las pruebas diagnósticas, la terapéutica y la competencia técnica, la coordinación, la continuidad y la aceptabilidad de la atención médica. Aquí se usa varias dimensiones, valores y estándares aceptados y categóricos que permiten saber si la medicina se practica apropiadamente.

Se puede medir la calidad es a través del examen de la estructura en la cual se instrumenta la atención. Esto incluye aspectos administrativos y de apoyo para la atención, tiene como ventaja que evalúa información concreta y accesible. Su mayor limitación es en que la relación entre estructura y proceso o estructura y resultado, a menudo no está claramente definida (Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013, págs. 77-79).

En definitiva podríamos citar que la medición de la calidad se puede fundamentar en tres esferas: Resultados de la atención, evaluación de los procesos y evaluación de la estructura.

Estas dimensiones de la calidad de la atención fueron definidas por Avedis Donabedian (1919-2000) y estableció que:

- Resultado: es el producto final del proceso de atención médica; se refiere al impacto que, sobre las condiciones de salud de la población y sobre la calidad en general, tiene dicho proceso.
- Proceso: serie de actividades y acciones que de manera coordinada se realizan durante la prestación de un servicio y dan contenido a la atención.
- Estructura: hace referencia a los recursos humanos, materiales y financieros de la atención médica, considerando la forma en que estos se organizan.

Estas dimensiones se las puede ver gráficamente en la figura 5.



Figura 5. Enfoque Sistemático estructura, proceso y resultado.

Fuente: (Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013)

Es necesario señalar adicionalmente que existen múltiples factores que dificultan la posibilidad de unificar criterios, debido a que la percepción de calidad desde el punto de vista del médico es diferente a lo esperado como calidad por parte del paciente o usuario.

La calidad de un producto es diferente a la calidad de un servicio. En el caso del producto es algo mensurable, objetivo, externo, tangible, se sabe que es de calidad porque se lo evalúa a cada instante en su funcionamiento o desempeño para lo cual fue creado.

Para el caso del servicio la dimensión de calidad varía mucho de un individuo a otro, ya que éste tiene un alto componente subjetivo y al ser un intangible, el resultado es valorado de manera diversa de un individuo a otro en las mismas condiciones. Para los servicios médicos esta diversidad se acentúa más todavía, un factor a considerar, el paciente posee un conocimiento incompleto de la medicina y su valoración de ciertos desenlaces o comportamientos técnicos son incomprendidos

y hasta mal entendidos ocasionando percepciones de mala atención en ciertas circunstancias.

A veces el paciente exige o espera cosas que serían incorrecto, porque está social o profesionalmente prohibido. Por otro lado el resultado final de la atención puede ocasionar desencanto o resultar en un hecho doloroso a pesar de que la atención haya sido técnicamente correcta, ejemplo: amputación.

Por todo lo señalado es importante puntualizar que las dimensiones de la calidad de servicios de salud debe ser establecida claramente cuando se efectúa una auditoría, ya que dependiendo del punto de vista, esta evaluación podrá tener varias interpretaciones.

2.2.4 Componentes de la calidad asistencial

Los componentes de la calidad se los han clasificado en: Componentes Técnicos, Interpersonales y de Confort a continuación haremos una breve descripción de ellos.

- **Componente Técnico:** Aplicación de la ciencia y tecnología en la atención tratando de obtener el máximo beneficio sin aumentar los riesgos.
- **Componente Interpersonal:** La relación entre las personas, quienes deben seguir valores y normas que regulan la interacción entre los individuos.
- **Componente de Confort:** Elementos del entorno del usuario que hacen de la atención más confortable, fase hotelera de la prestación.

2.2.5 Principios de la calidad

Dentro de la calidad se debe establecer principios, estos marcaran el direccionamiento que se debe buscar en la atención de salud.

1. El usuario es el guía de la Institución. Para ellos están las instituciones de salud.
2. El usuario o cliente también está en casa.
3. Mejorar continuamente los procesos en base del consenso (comités).
4. El recurso humano es el capital de la organización.
5. Los proveedores son parte del sistema. (Seleccionados pero en relaciones duraderas).

6. Hechos, datos y pensamiento estadístico (eliminar los “yo creo” o “yo pienso”).

7. Los gerentes deben ser líderes modelos y maestros (gerentes orientados más al proceso que a los resultados) (Escobar, 2014).

Como se puede apreciar es la satisfacción del usuario un componente importante para la definición de calidad en una institución de salud, por ello para mantener una satisfacción alta en los servicios otorgados se deberá escuchar las expectativas y necesidades del mismo, sin perder de vista las consideraciones técnicas, en las que el paciente tiene poco conocimiento y su opinión sería muy limitada; sin embargo para eliminar esta brecha se debe acudir a mecanismos de comunicación acertiva, buscando que los pacientes alcancen niveles de comprensión aceptables y de esta manera la percepción de calidad en los niveles deseados.

Hay que mencionar que los usuarios de una institución de salud no son exclusivamente los pacientes, se debe tomar en cuenta al talento humano que labora dentro de la institución, así como a los proveedores, sin olvidar a las autoridades, cada uno de ellos tendrán una visión diferente de lo que es calidad, pero al considerarlos dentro de los principios de calidad se podrá lograr una calidad aceptable para todos. También es cierto que llegado el momento no se los puede satisfacer eficazmente a todos los involucrados, es entonces cuando se deben desencadenar procesos de evaluación que sirvan para toma de decisiones.

Por lo dicho anteriormente se deduce rápidamente que la calidad deberá ser medida y monitoreada y la mejor forma de lograrlo es a través del pensamiento estadístico, entonces mantener un monitoreo de los indicadores se vuelve parte fundamental dentro de los sistemas de calidad, estos resultado lógicamente iniciará evaluaciones continuas de procesos.

Pero nada de esto se logrará si no existe un liderazgo que apoye los procesos de mejora continua, por lo tanto, los directivos de las instituciones de salud si quieren tener niveles de calidad aceptables, deberán asumir el reto, tomar decisiones y mantener posturas con respecto a las definiciones de calidad de su institución.

Una práctica es saludable mantener comités hospitalarios que ayudarán en la toma de decisiones y al establecimiento de los estándares de calidad que se quiere

para la institución, ya que ellos tendrán el conocimiento técnico que ayude a estas definiciones y los directivos deberán validarlas, evitando que se salgan de la realidad de la institución y que se encuentren encasilladas dentro de las políticas que las rigen.

2.2.6 Errores de la calidad

Existen ciertos criterios que pueden traer equivocaciones al momento de definir qué es la calidad de una institución de salud, estas pueden ser:

- Creer que la Calidad es algo adicional a lo que venimos haciendo.
- Pretender correr antes de caminar
- Creer que se va a conseguir sin esfuerzo y sin costos.
- Separar la Calidad de la estrategia de la institución.
- Falta de compromiso de la alta gerencia.
- Pretender mejorar los resultados antes que los procesos (Escobar, 2014)

Esta visión de la calidad es muy común, en las instituciones se trata de obtener resultados altamente satisfactorios sin considerar los recursos que se deben emplear. En otras ocasiones simplemente hacen las cosas sin considerar si lo estarán haciendo bien, simplemente cumplen con sus funciones sin preocuparse de la percepción que se tiene de su trabajo. También hay el pensamiento en el que el funcionario o la institución piensan que tienen una alta calidad de sus servicios, sin haber hecho mediciones de satisfacción o evaluación de sus procesos.

Justamente para romper con estas opiniones, es necesario implementar mecanismos de medición de la calidad y una de ellas en la Auditoría Médica, la que servirá para ratificar sus percepciones o para desnudar realidades que pueden ser cambiadas.

Cuando se tiene una evaluación objetiva de lo que se está haciendo, la toma de decisiones es justificada y racional, de ahí en adelante, es la determinación de los directivos y la colaboración de los involucrados lo que llevarán al éxito o no de la implementación de la calidad.

2.2.7 Clases de auditoría

A continuación se hará una breve descripción de las diferentes clases de auditoría lo que nos ayudará a dimensionar los alcances que podría tener la misma:

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.

Existen diferentes clases de auditorías: Auditorías de Servicios, profesional y de gestión, como se observa a continuación:

- Auditoría de Servicios u Hospitalaria: Procesos de la atención.
- Auditoria Profesional: Está en relación al accionar del profesional médico odontológico, Enfermería, Optometría, etc.
- Auditoría administrativa financiera.

2.2.7.1 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.

Existen diferentes clases de auditorías: Auditorías de Servicios, profesional y de gestión, como se observa a continuación:

- Auditoría de Servicios u Hospitalaria: Procesos de la atención.
- Auditoria Profesional: Está en relación al accionar del profesional médico odontológico, Enfermería, Optometría, etc.
- Auditoría administrativa financiera.

2.2.7.1.1 Objetivos de la auditoría de servicios u hospitalarios:

- Uno de los objetivos principales es mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud a prestar por la institución mediante el análisis de la

eficiencia, eficacia y efectividad en las atenciones de salud en los elementos de estructura, proceso y resultados e impacto.

- Evaluar y participar en el proyecto, implementación y ejecución del Sistema de Garantía de Calidad de la Institución que preste los servicios de salud.
- Crear estándares e indicadores de calidad para la institución.
- Evaluar de manera integral la calidad de la atención médica y su impacto con base en indicadores.
- Establecer la concurrencia de los procedimientos clínicos de los pacientes hospitalizados, con miras a mejorar la calidad y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes en su beneficio.

2.2.7.1.2 Objetivos de la auditoría profesional:

- La auditoría profesional centra su atención en el proceso individual de atención, en los registros médicos, en la aplicación de las guías o protocolos de manejo, la medicina basada en la evidencia, y no debe confundirse su objetivo con los de las auditorías de servicios.
- La Auditoría Profesional requiere de conocimientos científicos o de auditores pares de mayor costo para contrastarlo con lo actuado por los profesionales de salud (Mejía, Auditoría médica, 2012).

2.2.7.1.3 Objetivos de la auditoría administrativa financiera:

- La auditoría administrativa centra su atención en aspectos que garanticen la calidad de los servicios de salud mediante el análisis de los componentes administrativos, costos, gastos, mercadeo y demás aspectos propios de la facturación y prestación de servicios de una entidad.
- Vigilar los costos de la atención de los pacientes hospitalizados y su pertinencia.
- Crear estándares e indicadores de gestión administrativa y de costos para la institución.
- Valorar costos de las atenciones, especialmente los costos de la no-calidad.

2.2.7.2 Auditoría clínica

Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud dado, en sus tres componentes estructura, proceso y resultado.

La auditoría médica y la auditoría clínica son usadas a menudo de igual manera, pero la auditoría clínica podría considerarse que cubre todos los aspectos de la atención clínica, mientras que la auditoría médica se relaciona con la práctica usada directamente por los médicos.

2.2.7.3 Auditoría administrativa

Es el examen sistemático de la organización para evaluar su proceso gerencial, logro de objetivos procedimientos, valores corporativos, instalaciones y equipos, que determinan el cumplimiento de su misión.

2.2.7.4 Auditoría operativa

También se llama auditoría gerencial, de gestión, de racionalidad económica, por medio de ella se “trata de determinar si la correspondiente entidad o institución utiliza óptimamente o con criterio económico, los recursos productivos puestos a su disposición, esto es, si la relación por cociente entre los bienes y servicios producidos y los recursos utilizados en su producción es la máxima, analizando las causas y los posibles remedios de las situación ineficientes”(Mejía, Auditoría Médica, 2012).

2.2.7.5 Auditoría financiera

Es el examen objetivo, sistemático de los estados financieros básicos, tales como:

- Balance general.
- Estado de resultados.
- Estado de utilidades.
- Estado por flujo en efectivo.

2.2.7.8 Auditoría en informática

Es la revisión y evaluación de los controles, sistemas y procedimientos de informática, así como de los equipos de cómputo, su utilización, eficiencia y seguimiento.

2.2.7.9 Auditoría contable

“Examen de los estados contables por parte de un profesional independiente, con el propósito de emitir una opinión técnica sobre el grado de razonabilidad o correspondencia de dichos estados contables con la situación económico-financiera de la entidad auditada”.

2.2.7.10 Auditoría social

Su campo de actuación lo constituyen todas aquellas funciones y actividades de la empresa que tienen un alcance social y, en particular, el denominado balance social. La auditoría social no se limita solamente a la verificación del balance social, sino que se extiende a todos aquellos aspectos y acciones de la empresa que repercuten favorable o desfavorablemente al bienestar del personal de la propia empresa y de los ciudadanos en general. La auditoría social verifica también el grado de cumplimiento del plan social de la empresa, del cual el balance social debe ser expresión o reflejo de los acuerdos sobre empleo y condiciones de trabajo suscritos con los sindicatos, bien sea el nivel de empresa, del sector o rama de la actividad económica, o para el conjunto de la economía nacional.

2.2.7.11 Auditoría interna o de primera parte

Es la efectuada por el personal que tiene relación de dependencia laboral con la empresa o entidad, pretendiendo el monitoreo permanente para detectar variaciones que permitan bajo acciones internas corregirlas.

Es un proceso continuo de mejoramiento y debe estar sujeto a un plan de Auditoría. Las entidades que prestan salud deben contar con un plan de auditoría y una unidad de auditoría médica.

2.2.7.12 Auditoría externa o de segunda parte

Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad, con el objetivo de verificar el desarrollo e implementación de sus planes de calidad. Se la realiza cuando se desea verificar que las entidades cumplan con los estándares y requerimientos (Mejía, Auditoría Médica, 2012, págs. 68-70).

2.2.7.13 Auditoría de certificación o de tercera parte

Es la auditoría realizada por una organización experta y reconocida para tal efecto, nacional o internacional, sin vínculos con la institución auditada, ni con sus proveedores o clientes, con el objeto de verificar y calificar el grado de desarrollo e implementación del sistema de calidad y su ajuste a las normas legales o internacionales de calidad.

2.2.7.14 Auditoría de terreno

Es la evaluación realizada en campo (terreno) donde se evalúa la calidad de atención, apego a la normativa, procedimientos y procesos de atención comparándola con patrones estándares.

Es la revisión crítica y sistemática de la propia práctica profesional con el compromiso implícito de mejorar la calidad y/o costo efectividad (Polo, 2015).

El propósito de esta auditoría es procurar que el paciente reciba la mejor atención posible y su objetivo específico es elevar la calidad de la prestación, para lo cual los objetivos que se persiguen son: Verificar la identidad del paciente, corroborar las prestaciones efectuadas, en relación al motivo de ingreso. Asesorar al afiliado. Evaluar la atención recibida. Observar el cumplimiento de las normas contractuales. Mantener un diálogo entre las autoridades financiadoras y los profesionales de la entidad prestadora del servicio.

Este tipo de auditoría sirve de mucho y es un mecanismo de control importante para asegurar al paciente la eficacia, calidad y oportunidad en el servicio que se brinda.

El control del proceso, que es un componente clave para obtener un buen resultado, y el carácter de concurrente, permite prevenir hechos situaciones, procedimientos y consumos que pueden ser corregidos “in situ” mejorando el control en el uso de los recursos. Esta técnica permite analizar la prestación en el momento mismo que el paciente la recibe(Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013, pág. 514).

2.2.8 Proceso administrativo

Esta investigación pretende desarrollar un modelo basado en procesos, por lo que iniciaremos definiendo al proceso administrativo.

La literatura señala que el Proceso Administrativo consiste en las actividades que el administrador debe llevar a cabo para aprovechar los recursos humanos, técnicos, materiales, etc. Consiste en cuatro funciones: planeación, organización, dirección y control, los mismos que se los describe a continuación.

- a) Planeación: Consiste en establecer anticipadamente los objetivos, políticas, reglas, procedimientos, programas, presupuestos y estrategias de un organismo social, es decir, determina lo que se va a hacer.
- b) Organización: La organización agrupa y ordena las actividades necesarias para lograr los objetivos, creando unidades administrativas, asignando funciones, autoridad, responsabilidad y jerarquías; estableciendo además las relaciones de coordinación y comunicación que debe existir entre dichas unidades para hacer optima la cooperación humana.
- c) Dirección: Es la acción e influencia interpersonal del administrador para lograr que sus subordinados alcancen los objetivos encomendados, mediante la toma de decisiones, la motivación, la comunicación y coordinación de esfuerzos, la dirección contiene: ordenes, relaciones personales jerárquicas y toma de decisiones.

- d) Control: Establece sistemas para medir los resultados y corregir las desviaciones que se presenten, con el fin de asegurar que los objetivos planeados se logren mediante el establecimiento de estándares, medición de ejecución, interpretación y acciones correctivas(WebProfit Ltda, 2003).

Al hablar de procesos obligatoriamente tenemos que definir a la gestión, que son las acciones que se llevaran a cabo durante la ejecución de los procesos. Con más claridad encontramos que la gestión por procesos se puede definir como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos. Toda actividad o secuencia de actividades que se llevan a cabo en las diferentes unidades constituye un proceso y como tal, hay que gestionarlo(Pepper, 2011).

Los principios que orientan la gestión de procesos se sustentan en los siguientes conceptos:

La misión de una organización es crear valor para sus clientes; la existencia de cada puesto de trabajo debe ser una consecuencia de ello: existe para ese fin.

- Los procesos siempre han de estar orientados a la satisfacción de los clientes.
- El valor agregado es creado por los empleados a través de su participación en los procesos; los empleados son el mayor activo de una organización.
- La mejora del proceso determinará el mayor valor suministrado o entregado por el mismo.
- La eficiencia de una empresa será igual a la eficiencia de sus procesos.

Los objetivos de la gestión por procesos se relacionan con mejorar los niveles de calidad y satisfacción de los clientes o usuarios; aumentar la productividad principalmente a través de la reducción de los costos internos innecesarios (aquellos asociados con actividades que no agregan valor al resultado) y de los tiempos del ciclo (Pepper, 2011).

2.2.9 Modelo de gestión

Definido como un arquetipo o punto de referencia para imitar o reproducir. Un modelo es un objeto, concepto o conjunto de relaciones que se utiliza para representar y estudiar de forma simple y comprensible, una porción de la realidad empírica (Ríos, 1995).

El modelo de gestión planteará los mecanismos de sostenibilidad y sustentabilidad a fin de crear una instancia que permanezca continuamente y que sea capaz de perdurar en el tiempo.

Dentro del marco teórico se mostrará el nivel del conocimiento en ese campo, los principales debates, resultados, instrumentos utilizados, y demás aspectos pertinentes.

No es un resumen de las teorías escritas, más bien es una revisión de lo que se está investigando o se ha investigado en referencia al tema. Esta fundamentación soportará el desarrollo del estudio y la discusión de los resultados (Bernal C. , 2010).

También definirá las necesidades de talento humano, sus perfiles y el número de miembros, así mismo se establecerán los materiales y la tecnología con la que deberá contar esta Coordinación

Finalmente el modelo servirá para que se pueda establecer mecanismos de medición costo beneficio con la implementación de la Coordinación General de Auditoría Médica.

2.3 Procesos

2.3.1 Definiciones

Se lo define como: secuencia ordenada de actividades repetitivas cuyo producto tiene valor para su usuario o cliente (Pérez J. , 2004).

Es cualquier actividad o grupo de actividades que emplea insumos, les agrega valor y suministra un producto o servicio a un cliente interno o externo. En otras palabras, “por proceso queremos decir sencillamente una serie de actividades que, tomada conjuntamente, producen un resultado valioso para el cliente”.

Esta definición se le presenta gráficamente en el gráfico 6.

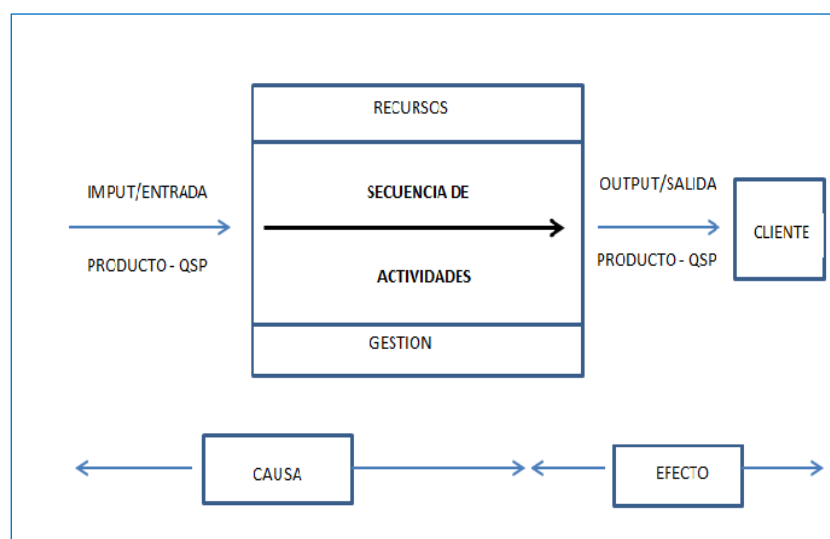


Figura 6. Representación esquemática de un proceso

Fuente: (Pérez J. A., 2004)

2.3.2 Elementos de un proceso

- a) Un input (entrada), producto con unas características objetivas que responda al estándar o criterio de aceptación definido. El input es un producto que proviene de un suministrador (externo o interno); es la salida de otros procesos o de un proceso del proveedor o del cliente.
- b) El proceso, la secuencia de actividades propiamente dicha. Unos factores, medios y recursos con determinados requisitos para ejecutarlo siempre bien a la primera.
- c) Un output (salida), producto con la calidad exigida por el estándar del proceso: el impreso diario con el registro de facturas recibidas, importe, vencimiento, etc. El output final de los procesos de la cadena de valor es el input o una entrada para un proceso de un cliente.

Así el input y output, proveedor y cliente, definen los límites de todo proceso que han de ser claros y conocidos para poder asignar la responsabilidad pertinente. Para que los procesos estén conectados entre sí, es preciso que entradas y salidas estén fuera del ámbito de responsabilidad funcional (Pérez J. A., 2004).

ENTRADA/INPUT		PROCESO	SALIDA/OUTPUT	
PRODUCTO	PROVEEDOR*		PRODUCTO	CLIENTE*
CARACTERISTICAS OBJETIVAS (Requisitos QSP)	CRITERIOS DE EVALUACION	PERSONAS <ul style="list-style-type: none"> • Responsable del proceso • Miembros del equipo 	CARACTERISTICAS OBJETIVAS (Requisitos QSP) CRITERIOS DE EVALUACION	SATISFACCION
		MATERIALES <ul style="list-style-type: none"> • Materias Primas • Información 		
		RECURSOS FISICOS <ul style="list-style-type: none"> • Maquinaria • Hardware y software 		
		METODO DE: CAUSAS		
		<ul style="list-style-type: none"> • Operación • Medición/Evaluación: <ul style="list-style-type: none"> Funcionamiento del proceso Producto Satisfacción del Cliente 		
MEDIDAS DE		Eficiencia y Eficacia	Cumplimiento	Satisfacción

* Proveedor y Cliente pueden ser varios, internos o externos

Figura 7. Límites, elementos y factores de un proceso

Fuente: (Pérez J. A., 2004)

2.3.3 Factores de un proceso

(Pérez J. A., 2004) en su libro “Gestión por procesos”, manifiesta que los factores de un proceso son:

- Personas: un responsable y los miembros del equipo de proceso, todas ellas con los conocimientos, habilidades y actitudes (competencias) adecuados.
- Materiales: materias primas o semielaboradas, información (muy importante en los procesos de servicio) con las características adecuadas para su uso.
- Recursos Físicos: instalaciones, maquinaria, utillajes, hardware, software que han de estar siempre en adecuadas condiciones de uso.
- Métodos/ Planificación del proceso: método de trabajo, procedimiento, hoja de proceso, gama, instrucción técnica, instrucción de trabajo, etc. Es la descripción de la forma de utilizar los recursos.

Los factores de un proceso también incluye el método para la medición y el seguimiento de:

- Funcionamiento del proceso

- b) Producto del proceso
- c) La satisfacción del cliente.

Un proceso ésta bajo control cuando su resultado es estable y predecible, lo que equivale a dominar los factores del proceso, supuesta la conformidad del input.

2.3.4 Jerarquía de los procesos

Según el nivel de complejidad, los procesos se los puede clasificar desde lo macro a lo micro en: Macro procesos, procesos, subprocesos, procedimientos, actividades y tareas. Pasaremos a describir cada uno de ellos:

- a) Procesos Macro: son generados por el objetivo general estratégico. El ser organizacional, ¿qué queremos?, ¿Por qué existe la organización?
- b) Procesos: son los generados por los objetivos específicos estratégicos de la organización. Es el qué hacer en relación al ser organizacional.
- c) Subprocesos: para facilitar la descripción de un proceso es conveniente dividir el mismo en diferentes subprocesos, que faciliten un paso más en la concreción necesaria para la pormenorización de las actividades del proceso.
- d) Procedimientos: consiste en seguir ciertas actividades predefinidos para desarrollar una labor de manera eficaz.
- e) Actividad: es el conjunto de tareas necesarias para la obtención de un resultado.
- f) Tareas: “Labor del día a día”, establecida por el proceso para lograr el objetivo, la tarea siempre está identificada y determinada por la institución. Para su ejecución siempre debe existir la actividad(Fernández, 2010).

2.3.5 Clasificación de procesos

Los procesos en cada institución se agrupan en función del grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional. Estos son:

- Los Procesos Gobernantes: orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración.

- Procesos agregadores de valor son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- Los Procesos Habilitantes de Asesoría y de Apoyo generan productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.
- Los Procesos desconcentrados generan productos y servicios destinados a los usuarios finales acercándolos al territorio(Registro Oficial N. 279, 2011).

2.3.6 Diseño de procesos

Para diseñar procesos se plantean tres fases:

- a) Fase estratégica
- b) Fase de desarrollo
- c) Fase de implantación

En esta última fase debemos aumentar tres fases adicionales, que son: adaptación, comunicación y capacitación.

- a) Fase estratégica:

Se plantean los criterios que van a definir las políticas de gestión, se identifican los objetivos globales del proyecto, en esta fase participan los directivos de la empresa y es en esta fase donde se establecerán las premisas que van a fundamentar todo proyecto.

En esta fase se define los valores, misión y objetivos estratégicos que dirigirán el modelo de gestión.

Durante esta fase se elabora la guía de diseño de procesos, que marcarán el camino metodológico para la descripción y puesta en marcha de los procesos priorizados en el mapa.

El modelo de la gestión por procesos debe estar inmerso en la planificación estratégica de la organización. Es necesario enmarcar su desarrollo dentro de los planes de la organización. En los servicios sanitarios, son los planes de salud, los planes estratégicos y de calidad los que señalan hacia donde se dirige el desarrollo de los procesos de una organización sanitaria. Los planes de salud parten de un análisis

epidemiológico y de prestación de servicios. Este análisis permite identificar cuáles son los principales problemas de salud en un territorio geográfico determinado, así como las desigualdades entre zonas, la prestación de servicios y los resultados en la población de los principales indicadores de salud.

De esta forma se proponen objetivos y se establecen las estrategias y los plazos previstos para su cumplimiento.

De igual forma las organizaciones sanitarias proponen planes estratégicos y de calidad que pretenden afrontar los objetivos de los planes de salud desde la perspectiva de la mejora en los servicios de salud. Estos planes se diseñan contando con la voz de los ciudadanos, con la implicación y el desarrollo de las personas que forman parte de la organización sanitaria y con los recursos disponibles.

En este contexto, la gestión por procesos se define como una estrategia más dirigida a conseguir los objetivos de la organización sanitaria. Esta gestión está centrada en el usuario e implica directamente, en su desarrollo y ejecución, a los profesionales sanitarios de todos los estamentos y niveles.

Como primer paso en el inicio de un modelo de gestión por procesos en la organización es necesario definir cuáles son los principales procesos en los que los servicios sanitarios centran su actividad en respuesta a las necesidades de los servicios sanitarios, centran su actividad en respuesta a las necesidades del paciente. Para definirlos contamos con los elementos estratégicos mencionados anteriormente que nos facilitarán dicho abordaje (Temes, 2006).

b) Fase de Desarrollo

En esta fase, el aspecto más importante es la selección de líderes que coordinen la descripción de los distintos procesos priorizados, estos deberán contar con un equipo seleccionado por competencias profesionales y en el que desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, aborden las líneas a seguir para la gestión asistencial del proceso. Cada uno de estos grupos describirá, un proceso y se apoyará, para ello en fuentes de información que aseguren la incorporación de medidas efectivas basadas en la evidencia. Cada grupo asegurará la cobertura de las expectativas de los destinatarios y se orientará en resultados. Existen grandes bloques de procesos que tienen elementos comunes, por lo que para dar coherencia al

sistema, se debe procurar que estos se describan en los distintos procesos en forma similar (Temes, 2006).

c) Fase de Implantación

Es la fase operativa por excelencia, y en ella se van a preparar profesionales y organizaciones para la puesta en marcha del proceso según el diseño realizado por el grupo de desarrollo. Para ello se debe emprender un programa formativo que prepare a los profesionales que van a liderar la implantación de los procesos, si se desea un abordaje integral, deberán ser inter niveles y multidisciplinares. La implantación se puede establecer por grupos, que actúen en cada uno de los niveles gestionando específicamente los espacios en blanco, que suelen presentar en la coordinación primaria/ especializada. Es conveniente la creación de comisiones inter niveles de las que formen parte los directivos que han de tomar las decisiones en cuanto a estrategia y gestión de recursos.

d) Adaptación del proceso

En esta fase se lleva a cabo el análisis de la situación previa, así como la identificación de obstáculos para la implantación. Una vez identificados los puntos de intervención, se describen de forma secuenciada las actividades e intervenciones que se van a poner en marcha de los distintos elementos que intervienen en el proceso. Reorientan planes, guías y procedimientos para su implantación y se definen los indicadores de seguimiento y los estándares de calidad de los mismos.

e) Comunicación

La implantación de un proceso implica la incorporación a la práctica de nuevas técnicas o procedimientos que no se llevaban a cabo con anterioridad, lo que debe dar lugar al establecimiento de un plan de comunicación que difunda, entre los profesionales, las medidas adoptadas. La comunicación no solo atañe a estas medidas, sino también ha de difundir los valores y objetivos que se plantean con la gestión de los procesos asistenciales, al fin de implicar al mayor número posible de profesionales.

f) Capacitación

Esta incorporación de nuevos modelos de gestión y de nuevas actividades a desarrollar lleva consigo la formación de los profesionales en las competencias

necesarias para llevarlas a cabo, por lo que cada área deberá abordar un plan de formación que prepare a los profesionales para realizar las actividades que describe el proceso y conseguir los objetivos que en él se reseñan (Temes, 2006).

2.3.7 Mapa de procesos

- Es la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión es de mucha utilidad ya que muestra la secuencia e interacción entre los procesos de la empresa, facilita la gestión de las interacciones críticas. Adicionalmente proporciona una visión sistémica de la empresa.
- Facilita la comprensión de las relaciones causa-efecto, permitiendo la identificación de indicadores para la gestión eficaz de los procesos.
- Facilita la comprensión de la orientación de la empresa hacia el cliente. Muestra los puntos de contacto con el cliente para ver en cada uno de ellos la contribución de los diferentes procesos de la empresa.
- Hace que la cooperación exceda las barreras funcionales. Elimina las artificiales barreras organizativas y departamentales, fomentando el trabajo en equipos interfuncionales e integrando eficazmente a las personas (Pérez J. , 2004).

Para la elaboración de un mapa de procesos, y con el fin de facilitar la interpretación del mismo es necesario reflexionar previamente en las posibles agrupaciones en las que pueden encajar los procesos identificados. La agrupación de los procesos dentro del mapa permite establecer analogías entre procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto (Beltrán et al, 2002).

Un modelo gráfico de un proceso se muestra en la figura 8 donde se puede apreciar cómo se interrelacionan los procesos.

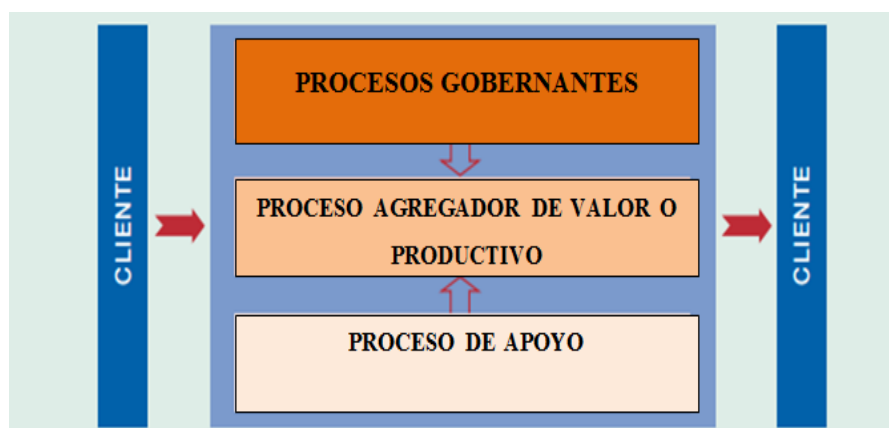


Figura 8. Modelo para la agrupación de procesos en el mapa de procesos.

Fuente:(Beltrán et al, 2002)

Muchos de los procesos fluyen horizontalmente a través de las clásicas organizaciones funcionales (por departamentos); en algún área pudiera haber un “nicho de poder” planteando problemas de asignación de responsabilidad sobre la totalidad del proceso, que no debe ir acompañada de autoridad ejecutiva sobre los recursos para no interferir con la jerarquía.

Sin embargo, la satisfacción del cliente viene determinada por el coherente desarrollo del proceso en su conjunto más que por el correcto desempeño de cada función individual o actividad. El funcionamiento de este proceso suelen ser más visible desde el cliente (visión global) que desde el interior de la empresa.

“Los procesos interactúan porque comparten productos”; el mapa de procesos es una herramienta que permite mostrara las interacciones a nivel macro. Así, los Procesos Operativos interactúan con los de Apoyo porque comparten “necesidades” y “recursos” y con los de gestión porque comparten “datos” e información.

En el pasado pensábamos que el organigrama era la única forma de representar gráficamente la estructura de una Organización. Hoy vemos claro que el tradicional organigrama nos sirve únicamente para mostrar las relaciones de dependencia jerárquica, relaciones que no quedan de manifiesto en el mapa de procesos (Pérez J. A., 2004).

Acorde a Temes, M (2005) en su libro “Gestión de Procesos Asistenciales”, manifiesta que es necesario definir cuáles son los procesos operativos, es decir aquellos que afectan a los pacientes, y sobre los que la organización sanitaria va a

centrar el desarrollo del modelo de gestión por procesos. Es por tanto, en los procesos, donde se centra una parte importante de la actividad y donde se consume un volumen considerable de recursos, que afectan de forma notable a los usuarios por su frecuencia o gravedad.

Estos procesos operativos estarán enmarcados dentro de los procesos estratégicos, que son guía de referencia: planes de calidad, plan de salud, marco legislativo, presupuestos.

Los procesos operativos necesitarán, para su desarrollo, procesos de soporte, como son los sistemas de información sanitaria, los servicios de apoyo al diagnóstico, hotelería, mantenimiento, gestión del medio ambiente.

Para seleccionar estos procesos operativos es necesario tener en cuenta diferentes criterios, de forma que la selección nos permita no solo recoger los realmente importantes, sino también ordenar los procesos con arreglo a su importancia; es decir, realizar un proceso de priorización. El objetivo es definir el mapa de procesos sobre el que se centra el modelo de desarrollo de gestión en la organización.

2.3.8 Criterios de priorización

Esta definición del mapa de procesos debe partir de los líderes de la organización teniendo en cuenta las premisas del marco estratégico mencionado. El método de diseño del mapa exige contar con una serie de factores que proporcionen la información necesaria para determinar cuáles son estos procesos clave.

- Necesidades de la población: El plan de salud es una referencia obligada para la determinación de necesidades con arreglo al análisis de la situación de salud de la población en el marco geográfico y temporal definido.
- Expectativas de los ciudadanos: Se trata de identificar las expectativas de los ciudadanos respecto a la respuesta a sus necesidades de salud que los servicios sanitarios y sociales ofrecen. Las técnicas cualitativas de investigación pueden ofrecer información sobre cómo identifican los usuarios los servicios sanitarios y qué esperan de la respuesta en la prestación de los servicios que reciben. Aspectos como la respuesta a tiempo, la información oportuna sobre su proceso, la confidencialidad, el trato o la seguridad de nuestras actuaciones, son entre

otros parámetros identificados frecuentemente por la población como expectativas no cubiertas.

- **Objetivos de la organización:** Los objetivos de la organización en el desarrollo de planes estratégicos enmarcan las prioridades en el abordaje de procesos operativos, centrados los recursos disponibles y, en el marco temporal establecido para la respuesta, los diferentes problemas de salud identificados.
- **Población afectada:** Uno de los aspectos a considerar a la hora de definir los procesos operativos es el volumen de la población afectada. Es importante abordar de entrada, procesos operativos que afecten a un volumen importante de pacientes, en los que se repiten prácticas comunes y en los que implica un número importante de profesionales, como consecuencia de lo cual consumen un volumen significativo de recursos.
- **Factibilidad de abordaje:** La capacidad de respuesta a los procesos planteados es un elemento básico en la selección del mapa de procesos operativos. La factibilidad viene determinada por la definición del marco estratégico y por el alcance de las situaciones. La definición de un proceso asistencial tiene que contar con un marco de referencia que identifique su alcance (Temes, 2006).

2.4 Representación gráfica de los procesos

El ordenar los procesos en forma secuencial permite, comprender su verdadera dimensión tornándolos más eficientes. La mejor forma de entender un proceso es mediante su diagramación o flujograma.

2.4.1 Flujograma

Es un método para describir gráficamente un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares. Permite conocer y comprender los procesos a través de los diferentes pasos, documentos y unidades administrativas comprometidas.

El uso de flujogramas representa innumerables ventajas para la institución.

- Facilita ejecutar los trabajos.
- Describe los diferentes pasos del proceso.

- Impide las improvisaciones.
- Permite visualizar todos los procesos.
- Identifica las debilidades y fortalezas del proceso.
- Permite un equilibrio de las cargas laborales.
- Genera un sentido de responsabilidad.
- Establece los límites del proceso.
- Plantea la diferencia de lo que se hace contra lo que se debería hacerse.
- Genera calidad y productividad (Mejía, Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud, 2007).

2.4.2 Símbolos estandarizados


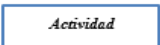

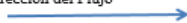


Las organizaciones pueden recurrir a la utilización de una serie de símbolos que proporcionan un lenguaje común, y que facilitan la interpretación de los mismos.

Existen normas para este tipo de representación simbólica, si bien se centra en procesos específicos tales como procesos industriales, no existe una norma específica para la representación simbólica de proceso.

No obstante, existe diversa bibliografía donde se establecen diferentes convenciones para llevar a cabo esta representación de diagrama de proceso, y que una organización puede adoptar como referencia para utilizar un mismo lenguaje (Beltrán et al, 2002).

En la tabla número 5 se muestran los símbolos más habituales y que serán utilizados en este estudio en el momento de graficar el proceso de Auditoría Médica.

Tabla9. Símbolos más habituales para la representación de diagramas.

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	Se suele utilizar este símbolo para representar el origen de una entrada o el destino de una salida. Se emplea para expresar el comienzo o el fin de un conjunto de actividades.
	Dentro del diagrama de proceso, se emplea para representar una actividad, si bien también puede llegar a representar una actividad, si bien también puede llegar a representar un conjunto de actividades.
	Representa una decisión. Las salidas suelen tener al menos dos flechas. (Opciones)
Dirección del Flujo 	Representa el flujo de productos, información, y la secuencia en que se ejecutan las actividades.
	Representa un documento. Se suelen utilizar para indicar expresamente la existencia de un documento relevante.
	Representan una base de datos y se suele utilizar para indicar la introducción o registro de datos en una base de datos.

Fuente: (Beltrán et al, 2002)

Aunque la elaboración de un diagrama de proceso, requiere de un importante esfuerzo, la representación de las actividades a través de este esquema facilita el entendimiento de la secuencia e interrelación de las mismas y favorece la identificación de la “cadena de valor”, así como de las interfaces entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución del mismo (Beltrán et al, 2002).

2.5 Manual de procesos

En la actualidad es importante para una organización, disponer de un instrumento que contenga los procesos, las normas, procedimientos y formularios necesarios para el adecuado manejo de la institución. Se justifica la elaboración de manuales de procesos cuando el conjunto de actividades y tareas se tornan complejas y se dificulta para los niveles directivos su adecuado registro, seguimiento y control.

Los manuales de procesos describen paso a paso, actividad a actividad, el que hacer de los funcionarios en su medio laboral. Estos manuales también requieren de evaluación y actualización periódica para lograr un mejoramiento continuo o la

innovación necesaria para satisfacer las necesidades de los pacientes.(Mejía, Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud, 2007).

2.5.1 Definición del manual de procesos

Documento que tiene por objeto definir y unificar los procesos, actividades y procedimientos generales que se llevan a cabo en la entidad para su aplicación.

El manual de procesos es un documento donde se registran todos los procesos con la descripción de las actividades que se realizan en una organización.

2.5.2Objetivos del manual de procesos

- Servir de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas para los funcionarios de una institución.
- Ayudar a brindar servicios eficientes.
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros.
- Generar uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios.
- Evitar la imprevisión en las labores.
- Ayudar a orientar al personal nuevo.
- Facilitar la supervisión y evaluación de las labores.
- Proporcionar información sobre la marcha de los procesos.
- Evitar discusiones sobre normas, procedimientos y actividades.
- Facilitar la orientación y atención al cliente externo.
- Establecer elementos de consulta, orientación y entrenamiento al personal.
- Ser la memoria de la institución(Mejía, Auditoría Médica, 2012).

Estos manuales deben estar escritos en lenguaje sencillo, preciso y lógico que permita garantizar su aplicabilidad en las tareas y funciones del trabajador. Deben estar elaborados mediante una metodología conocida que permita flexibilidad para su modificación y/o actualización mediante hojas intercambiables, de acuerdo con las políticas que emita la organización.

Los manuales de funciones, procesos y procedimientos deben contar con una metodología para su fácil actualización y aplicación. El esquema de hojas intercambiables permite acondicionar las modificaciones sin alterar la totalidad del documento. Cuando el proceso de actualización se hace en forma automatizada, se debe dejar registrada la fecha, tipo de novedad, contenido y descripción del cambio, versión, el funcionario que lo aprobó, y del que lo administra entre otros aspectos.

Los manuales deben ser dados a conocer a todos los funcionarios relacionados con el proceso, para su apropiación, uso y operación. Las dependencias de la organización deben contar con mecanismos que garanticen su adecuada difusión. Los manuales deben cumplir con la función para la cual fueron creados; y se debe evaluar su aplicación, permitiendo así posibles cambios o ajustes. Cuando se evalúe su aplicabilidad se debe establecer el grado de efectividad de los manuales en las dependencias de la organización (Betancur, 2011).

2.5.3 Características del manual

Se describe las características que debe procurar tengan un manual de procesos.

- Satisfacer las necesidades reales de la institución.
- Facilitar los trámites mediante una adecuada diagramación.
- Redacción breve, simplificada y comprensible.
- Facilitar su uso al cliente interno y externo.
- Ser flexible para cumplir diversas situaciones.
- Tener una revisión y actualización continuas (Betancur, 2011)

2.5.4 Elaboración del manual

Los elementos para desarrollar un manual de procedimientos fueron descritos por Braulio Mejía en su libro Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud y se los detalla a continuación:

- Estructura orgánica
- A cada empleado se le pide que describa lo que hace.
- Se evalúan las funciones y se clasifican las labores propias del cargo.

- Una vez determinadas las funciones, se solicita al empleado que describa el proceso paso a paso.
- Se evalúa el proceso buscando claridad, simplificación y secuencia lógica.

Esta información debe ser diligenciada por el responsable de cada proceso, analizada por el equipo responsable del servicio correspondiente (Mejía, Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud, 2007).

2.5.5 Aplicación del manual

Una vez elaborado el manual de procedimientos, se tiene un procedimiento que sirve para:

- Establecimiento de objetivos
- La definición de políticas, guías, procedimientos y normas.
- La evaluación del sistema de organización.
- Las limitaciones de autoridad y responsabilidad.
- Las normas de protección y utilización de los recursos.
- La aplicación de un sistema de méritos y sanciones para la administración del personal.
- La generación de recomendaciones.
- La creación de sistemas de información eficaces.
- El establecimiento de procedimientos y normas.
- La institución de métodos de control y evaluación de la gestión.
- El establecimiento de programas de inducción y capacitación de personal.
- La elaboración de sistemas de normas y trámites de procedimientos.

Como se observa, la influencia del manual es de máxima importancia en una organización, son fundamentales para la correcta gestión de la empresa (Fernández, 2010).

2.5.6 Estructura del manual de procesos

Una vez que se ha señalado las características, la elaboración y la aplicación que tiene el manual de proceso haremos una descripción de la estructura del manual, misma que será aplicada dentro del modelo de gestión.

- a) Introducción:
 - Descripción de las revisiones.
 - Objetivo del Manual: deben ser planteados o fundamentados en los principios de calidad, eficiencia, eficacia y productividad.
 - Alcance del Manual: área de aplicación que cubre el estudio
 - Glosario de términos: lista de conceptos de carácter técnico relacionados con el contenido y técnicas de elaboración de los manuales de procesos, que sirven de apoyo para su uso y consulta.
- b) Mapa de procesos: Representación gráfica de la estructura de procesos que forman el sistema de gestión.
- c) Inventario de Procesos: Se trata de definir los principales procesos de la organización, y se debe tomar en cuenta algunos criterios de selección:
 - Que sean importantes para el cliente
 - Que puedan ser modificados
 - Que sean importantes para la empresa
- d) Que permitan mejorar la eficiencia de los recursos disponibles (Mejía, Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud, 2007).
- e) Descripción de los procesos: Es la caracterización o descripción donde se realiza la identificación de todos los factores que intervienen en un proceso: el líder, clientes, proveedores.

El personal que participa en la realización de las actividades, adquieren una visión integral, entienden para qué sirve lo que individualmente hace cada uno, por lo tanto fortalece el trabajo en equipo y la comunicación. Esto favorece de manera contundente la calidad de los productos y servicios por lo tanto el control es la base misma para gerenciar.

f) Descripción de actividades.- Es la representación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las acciones que se realizan en un proceso, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo.

Representación gráfica de los procesos.- Es la representación gráfica de la sucesión de actividades en que se realizan las actividades de un proceso y/o el recorrido de formas o materiales, en dónde se muestran las unidades administrativas (proceso general), o los puestos que intervienen (proceso detallado), en cada operación descrita. Además, suelen hacer mención del equipo o recursos utilizados en cada caso. Los diagramas representados en forma sencilla y accesible en el manual, brinda una descripción clara de las actividades, lo que facilita su comprensión. Para este efecto, es aconsejable el empleo de símbolos y/o gráficos simplificados (Mejía, Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud, 2007).

2.5.7 Medición de los procesos

La medición en salud es una constante, se encuentra en todas partes: requerimos cuantificar un gran conjunto de información. Medimos porque es importante saber lo que está ocurriendo objetivamente. Según la Organización Mundial Salud la medición de procesos es “el acto o proceso de comparar cuantitativamente los resultados con las exigencias para llegar a un cálculo cuantitativo del desempeño.

2.7.1 Importancia de la medición

Dentro de los procesos es importante establecer mecanismos de medición, ya que estos son los que permitirán mantener el control de los procesos y a la par se detecta limitaciones que podrán ser corregidas a tiempo.

Se dice que:

- Que sean importantes La medición permite cuantificar con certeza.
- Conocer las oportunidades de mejora de un proceso.

- Permite analizar y explicar un hecho.
- Hace tangible los procesos de la calidad.
- No solo es conocer datos, puesto que si no se clasifica, analizan y establecen sus necesidades, de muy poco servirán para tomar decisiones de tipo gerencial.
- La medición centra su atención en factores que contribuyen a lograr la misión de la organización, a fijar metas y a monitorear las tendencias.
- Nos proporciona el input para analizar las causas de raíz y las fuentes de los errores y ayuda a identificar oportunidades de mejoramiento progresivo.
- Genera en los empleados sentimientos de logro.
- Proporciona los medios para saber si estamos perdiendo o ganando.
- Nos ayuda a monitorear el progreso (Mejía, Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud, 2007).

2.7.2 Indicador

Se define como la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstas e influencias esperadas.

Se define también como un número (cociente) que sirve para informar continuamente sobre el funcionamiento o comportamiento de una actividad en una organización.

La evaluación cualitativa y cuantitativa del desempeño, conlleva el compromiso de todos los involucrados en la generación del servicio o "producto" que ofrece su respectiva organización o unidad, y permite detectar inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios, induce adecuaciones en los procesos internos y aporta mayor transparencia a la gestión pública y privada (Beltrán et al, 2002).

Los criterios de calidad nos deben permitir elaborar indicadores para evaluar el nivel de consecución de los mismos. Los indicadores pueden estar enfocados hacia

los resultados, hacia el proceso en sí mismo y hacia los aspectos relacionados con la estructura necesaria para posibilitar la implantación del proceso.

El modelo de gestión por procesos es ante todo un sistema de mejora continua de calidad. Sin la posibilidad de medir, carecemos de capacidad de mejora, ya que desconocer la realidad nos impide proponer cambios beneficiosos para el proceso.

A continuación señalaremos la descripción de los indicadores:

- a) Indicadores de resultados: Los criterios de evaluación por resultados generan indicadores globales respetando el concepto de integridad y continuidad de los procesos.
- b) Indicadores de efectividad: Miden la manera en que un proceso impacta en los clientes. Analizan la calidad científico técnica (que tan efectiva es mi planificación del personal de enfermería, entre otros).
- c) Indicadores de satisfacción: Valoran la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios recibidos.
- d) Indicadores de eficiencia: Miden la cuantía de los recursos que necesita un proceso para un nivel determinado de eficacia.

2.7.3 Indicador de evaluación de procesos

Los criterios de evaluación de procesos quedan acotados a las propias fases y actividades del proceso. Hacen referencia a los puntos críticos del proceso, como son los puntos de buena práctica y las interrelaciones con otros departamentos (cuellos de botella).

- a) Indicadores cuantitativos: refleja las actividades que se repiten constantemente, como son los indicadores temporales (tiempo de respuesta, demora, días de ingreso, estancias preoperatorias, entre otros).
- b) Indicadores cualitativos: evalúan aspectos cualitativos, como cumplimiento de procedimientos o protocolos, control de equipamientos, etc. Las verificaciones de indicadores cualitativos se pueden realizar con listas de chequeo predefinidas para cada actividad.

2.7.4 Procedimiento de elaboración de indicadores

La elaboración del indicador requiere la definición precisa de todos sus términos:

- a) Denominación del indicador: nombre que recibirá el indicador. Debe describir de forma resumida la actividad asistencial o suceso que valora.
- b) Definición de términos.- explicación detallada de los componentes de la definición y su proceso de cálculo. Debe permitir que cualquier persona que aplique el indicador recoja y valore los mismos conceptos.
- c) Tipo de indicador: asignación del indicador según sea de estructura, de procesos de resultados, basado en sucesos centinela o índices.
- d) Fundamento explicación: de por qué es útil el indicador para valorar el proceso o resultado.
- e) Descripción de la población: descripción detallada de los criterios de inclusión y exclusión en el numerador y denominador.
- f) Datos a recoger y fuentes: traducción de los términos utilizados en el indicador a los elementos específicos de datos, e identificación de las fuentes de los datos.
- g) Referencia a estándares: que permiten establecer valores de referencia del indicador.
- h) Periodicidad y demoras: definición del grado de agrupación temporal y con qué demora respecto al cierre del período se debe disponer de los resultados.

2.7.5 Mejoramiento de los procesos

La Beltrán (2003). Describe en su guía que, los datos recopilados del seguimiento y la medición de los procesos deben ser analizados con el fin de conocer las características y la evolución de los procesos.

De este análisis de datos se debe obtener la información relevante para conocer: ¿Qué procesos no alcanzan los resultados planificados?, ¿Dónde existen oportunidades de mejora?.

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos, la organización deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

También puede ocurrir que, aun cuando un proceso esté alcanzando y los resultados planificados se alcancen, la organización podría identificar una oportunidad de mejora en dicho proceso por su importancia pueden generar impactos en la mejora global de la organización.

En cualquiera de estos casos, la necesidad de mejora de un proceso se traduce por un aumento de la capacidad del proceso para cumplir con los requisitos establecidos, es decir, aumentar la eficacia y/o eficiencia del mismo (**Tecnología, 2003**).

2.8 Mapa de procesos de Hospital “Carlos Andrade Marín”

Es una herramienta que permite mostrar las interacciones a nivel macro. Así los Procesos Operativos interactúan con los de apoyo porque comparten “necesidades” y “recursos” y con los de Gestión porque comparten “datos” e “información”.

El mapa de procesos ofrece una visión general del sistema, “una representación simple de una cosa complicada” (Fernández, 2010).

En la figura 9 se muestra cómo está conformado el mapa de procesos del hospital “Carlos Andrade Marín”.

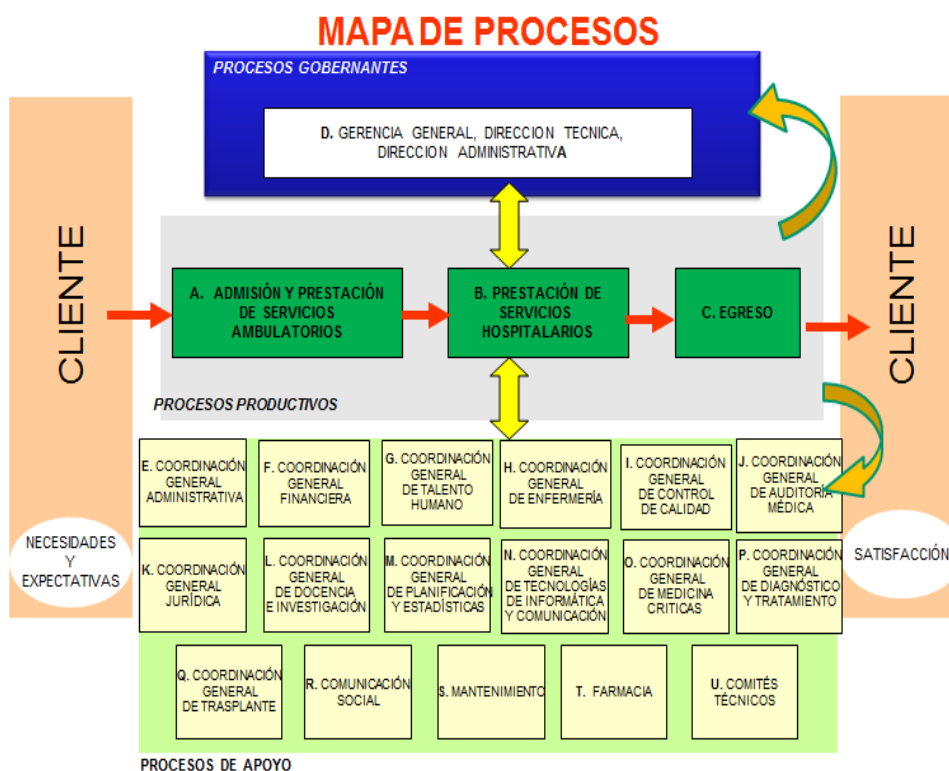


Figura 9. Mapa de Procesos del Hospital Carlos Andrade Marín.

Fuente: (HCAM, Hospital Carlos Andrade Marín, 2015)

2.9 Marco conceptual

- **Auditor:** Profesional médico nombrado por el Director de la Institución, que ejercerá las actividades y funciones de Auditor Principal y coordinará las acciones desarrolladas por el grupo responsable de la Auditoría (Malagón, Galán, & Pontón, 1998).
- **Auditoria compartida:** Este procedimiento se refiere a la interacción entre dos equipos de Auditoría, de entidades diferentes que busca aclarar criterios, bien sea en aspectos económicos, como en el análisis de situaciones referidas a calidad de las prestaciones. Esta Auditoría deberá emitir un dictamen único que podrá contener los aspectos coincidentes como los no compartidos si fuere el caso.
- **Auditoria Externa:** Son actividades de Auditoría Médica realizadas por personas naturales o jurídicas, especializadas ajenas a la Institución y que han

sido contratadas y autorizadas para realizar evaluaciones dentro de la Institución.(Malagón, Galán, & Pontón, 1998)

- **Auditoría Médica:**Revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse.Evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias. El propósito fundamental es procurar que el enfermo reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad (Blanco, Auditoría Médica, 2007). Tiene como ventaja la de remitir evaluación sistemática de los procesos dados al interior de la prestación de un servicio asistencial, permite identificar la circunstancia desfavorable que inhiben el aumento gradual o mantenimiento de los niveles de calidad, produciendo la introducción de correctivos (Malagón, Galán, & Pontón, 1998, pág. 155).La auditoría debe basarse en tres principios fundamentales estructura, proceso y resultado, centrada en principios bioéticos. Dedicada al análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica. El propósito fundamental de la auditoría es procurar que el paciente reciba la mejor atención médica posible y su objetivo específico es elevar su calidad.(Escudero, Manual de Auditoría Médica, 2013, págs. 51-53)
- **Calidad de la atención en Salud:**Es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”(Ministerio de Protección Social, Colombia, 2007). El diccionario de la Real Academia Española de la lengua define el concepto de calidad como “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte, la subjetividad de su valoración, de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino

un atributo relativo: se tiene más o menos calidad (Malagón, Galán, & Pontón, 1998).

- **Comités AD-HOC de Auditoría:** Son comités temporales integrados por profesionales de las diferentes disciplinas de los servicios de atención de salud, convocados por el auditor principal, con el objeto de evaluar casos específicos. Contará con un número impar de integrantes que no podrá ser inferior a tres ni superior a siete, según la complejidad del caso y el recurso humano disponible (Malagón, Galán, & Pontón, 1998).
- **Competencias:** El Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano (SGICH), define las competencias organizacionales como el conjunto de características de la organización, de modo fundamental vinculadas a su capital humano, en especial sus conocimientos, valores y experiencias adquiridas, asociadas a sus procesos de trabajo esenciales, las cuales como tendencias están causalmente relacionadas con desempeños exitosos de esa organización, en correspondencia con determinada cultura organizacional (Landa, 2010).
- **Consejo Médico Auditor:** Es un cuerpo profesional organizado por las entidades de salud, que ejerce la Auditoría de servicios de salud. Estará integrado mínimo por tres miembros y tendrá un presidente que actuará como Auditor Principal o Jefe de Auditoría. Podrá acudir a asesores o grupos de especialistas en salud, internos o externos, cuando así lo requiera, para realizar estudios de casos que demanden un conocimiento científico más especializado. (Malagón, Galán, & Pontón, 1998).
- **Fuentes para Auditoría:** Documentos donde se registra la atención de salud del usuario y que constituyen el fundamento de los informes de Auditoría Médica, siendo la fuente por excelencia la Historia Clínica, son también fuentes de información informes médicos, exámenes auxiliares con sus respectivos informes y demás registros en relación a la atención brindada (Resolución Ministerial, Perú, 2007, pág. 9).
- **Modelo de Gestión:** Es un esquema o marco referencial para la administración de una entidad. El término modelo proviene del concepto

italiano de “modelo”, se hace referencia al arquetipo, que es susceptible de imitación o reproducción. Gestión: proviene del latín “gesio” que hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar (Definicion.de, Modelo de gestión, 2015).

- **Pertinencia:** Según el diccionario de la lengua española, el significado textual indica: Acomodo, ajuste o adaptación de una cosa a otra(Lengua Española, 2005). Esta palabra proviene del Latín y viene del vocablo pertinencia, que está compuesto de dos partes claramente diferenciadas: el prefijo per-, que puede traducirse como “por completo”, y el verbo tenerse, que es sinónimo de “sostener” “sostener por completo”. Pertinencia es la cualidad de pertinente. Se trata de un adjetivo que hace mención a lo perteneciente o correspondiente algo o a aquello que viene a propósito. Al hablar de pertinencia médica nos enfocaremos en que las acciones que se realizaron durante la atención al paciente fueron correspondientes o pertenecían a la patología diagnosticada y si estaba acorde a las guías y protocolos predeterminados.
- **Proceso:** Es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.
- **Protocolos o Guías Médicas:** Recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar las decisiones informadas para una asistencia sanitaria adecuada, al seleccionar las opciones diagnósticas y o terapéuticas más convenientes para el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica.(Institute of Medicine,1990)
- **Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud:** Es un instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre éstas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria del Sistema Nacional de Salud, los valores expresados registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre

prestadores y financiadores. Es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional para todas las instituciones (financieras y prestadoras de servicios) del Sistema Nacional de Salud con y sin fines de lucro; también es de aplicación obligatoria para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), FONSAT y Convenios u otros instrumentos jurídicos, que regulen el reconocimiento económico de servicios de salud del sector público.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva por que se seleccionó las características fundamentales del objeto de estudio y la descripción detallada de las partes que lo componen (Bernal C. , 2010).

Se elaboró una reseña de las características o rasgos de la situación administrativa de la Coordinación General de Auditoría Médica, buscando identificar la perspectiva que se tiene sobre el trabajo de la Coordinación General de Auditoría Médica entre los miembros del Hospital Carlos Andrade Marín. Para llevar a cabo este trabajo nos basamos en la observación activa, revisión documental y la encuesta.

Al ser un trabajo descriptivo no se limitó únicamente a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

También se utilizó el método deductivo debido a que partiendo de una premisa o principio general se llegará a conclusiones, que nos ayudarán a entender la situación de la Coordinación de Auditoría.

3.2 Instrumentos de investigación

Se realizó una revisión de las fuentes secundarias especialmente del material impreso existente en la coordinación, buscando documentos de conformación del área de auditoría y de las necesidades que se presentaban.

En este trabajo se emplea el método de Observación Activa y se realizó un análisis de la documentación que reposa en los archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, buscando determinar la cantidad de auditorías médicas que se han venido realizando, el tipo de auditorías efectuadas y el tipo de queja que se investigó.

Como siguiente punto se aplicó el método de encuesta, para lo cual se utilizó un cuestionario que sirvió para poder identificar la percepción que ha generado la

gestión de Auditoría Médica entre los galenos. Esto nos permitió recabar datos sin modificar el entorno y sin controlar el proceso observado.

Para el proceso de la información y el análisis de las encuestas se utilizó el sistema Excel 2010.

Para el diseño y estandarización de los procesos se utilizó las herramientas informáticas Visio 2013 y Excel 2010

Periodo de Investigación: para la investigación documental se utilizó las auditorías que se realizaron desde el año 2011 hasta el año 2014. No se utilizaron datos del año 2015 ya que se encuentran en proceso de elaboración y no existe acceso a la información.

3.3 Población y muestra

Se hizo una revisión documental en los expedientes que se encuentran en el archivo histórico de la Coordinación General de Auditoría Médica, hay que señalar que la coordinación custodia los expedientes de auditorías realizadas en años anteriores, ya que como se indicó previamente, se había conformado una comisión de facturación y dentro de las actividades que ellos realizaron se contempló auditorías profesionales y el número de expedientes por cada año se lo indica en la siguiente tabla.

Tabla 10. Número de auditorías por año

Año	Número de Auditorías
2011	33
2012	67
2013	26
2014	31
2015	85

Con estas auditorías se determinó el tipo de queja que se había atendido, para lo cual se tomó una muestra por cada año, para lo que se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- n = Muestra
- N = Total de la población
- Z = Nivel de confianza del 95% con un valor de 1.96
- p = Proporción esperada que se estableció en 0.1
- $q = 1 - p$ ($1 - 0.1 = 0.90$)
- e = precisión 90% y en este caso determinamos un error del 10%

Una vez que se hizo el cálculo de la muestra se obtuvo la siguiente distribución:

Tabla 11.

Número de auditorías en la muestra

Año	Número de Auditorías	Muestra
2011	33	27
2012	67	45
2013	26	22
2014	31	25

Con estos datos se procedió a hacer la selección de los informes, lo cual se hizo de manera aleatoria simple.

3.4 Técnicas de recolección de datos

3.4.1 Encuesta

Como habíamos señalado se aplicó una encuesta para medir la perspectiva y si existen conocimiento de otras áreas de auditoría, para la definición de la población se consideró que siendo el objetivo de la auditoría médica la mejora de la calidad de los servicios del hospital y que, quienes están llamados a instaurarla son los directivos, se pensó conveniente realizar esta recolección de datos a los Coordinadores Médicos, Jefes de Área y Jefes de Servicio, que en total suman 52 profesionales, por lo que se decidió aplicar la encuesta al 100% del universo (Anexo 2).

3.4.2 Observación y revisión de fuentes secundarias

En lo referente a la observación directa, se constató que el 04 de Octubre de 2010 con oficio circular No 111011101-1438 se conformó la Comisión de facturación del Hospital Carlos Andrade Marín, que tenía como misión la “implementación cabal y completa del Sistema Global de Facturación, en todas las áreas de esta Unidad Médica”. En la conformación de esta comisión se incorporó a un médico en calidad de Auditor, con lo que se podría considerar que inicia los procesos de auditoría médica en el Hospital Carlos Andrade Marín.

3.5 Técnicas de análisis de datos

Se hizo una revisión de los expedientes, se identificó que las primeras auditorías que consta en el archivo fueron del año 2011 hasta el 2015, en ellas se determinó el tipo de auditoría que se había llevado a cabo, y se pudo observar que el 100% fueron auditorías profesionales, no se encontraron auditorías de la calidad ni tampoco auditorías de facturación. Dentro del estudio se realizó una cuantificación anual de las auditorías que constan en el archivo obteniendo como resultado.

Tabla 12.

Número de auditorías

Año	Número de auditorías
2011	33
2012	67
2013	26
2014	31
2015	85

Se hizo un histograma para poder apreciar gráficamente como ha sido la demanda de auditorías en el tiempo, obteniendo el siguiente gráfico:

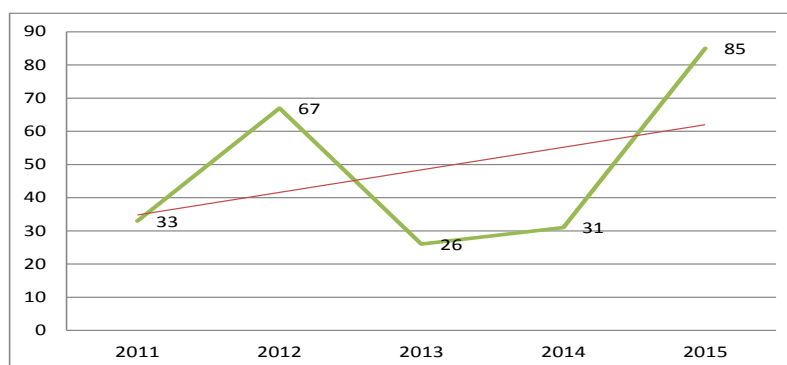


Figura N° 10. Demanda de Auditorías profesionales

Análisis: Como se puede apreciar desde la conformación de la Comisión de Facturación en el año 2010, hasta la conformación de la Coordinación General de Auditoría Médica en Agosto del 2014, existe una demanda creciente de Auditorías Profesionales, esto ocasiona que la carga de trabajo en referencia a este tipo de Auditoría pueda tener gran peso en la gestión y que los otros tipos de auditorías se vean afectadas por este comportamiento.

Tipo de Reclamo

El siguiente paso en esta evaluación fue clasificar cuáles eran los reclamos que con mayor frecuencia se estaban analizando, para lo cual se tomó una muestra por cada año y según el número que se obtuvo se procedió a evaluar cuál era la queja presentada. La muestra quedó definida de la siguiente forma:

Tabla 13

Número de auditorías – muestra - año

Año	Número de auditorías	Muestra
2011	33	27
2012	67	45
2013	26	22
2014	31	25

Con estas definiciones se procedió a clasificar los tipos de reclamos que se estaban atendiendo, encontrando cuatro tipos de quejas:

1. Mala práctica y negligencia médica
2. Devolución de valores
3. Mala atención
4. Déficit de información

La distribución de estas quejas, dentro de cada año se los puede apreciar dentro de la tabla 14.

Tabla 14

Tipos de reclamos por año

Tipo de queja	Año				Total	Porcentaje
	2011	2012	2013	2014		
Mala práctica médica	13	16	6	10	45	38%
Devolución de valores	11	5	4	2	22	18%
Mala atención	3	19	11	13	45	38%
Déficit de información	0	5	2	0	7	6%
TOTAL	26,5	45,1	22,5	24,6	119	100%

Como se puede apreciar el mayor porcentaje de reclamos se concentran entre la mala práctica médica y la mala atención, las cuales abarcan en total el 76% de las quejas, esto se lo representa gráficamente en la figura N° 11.

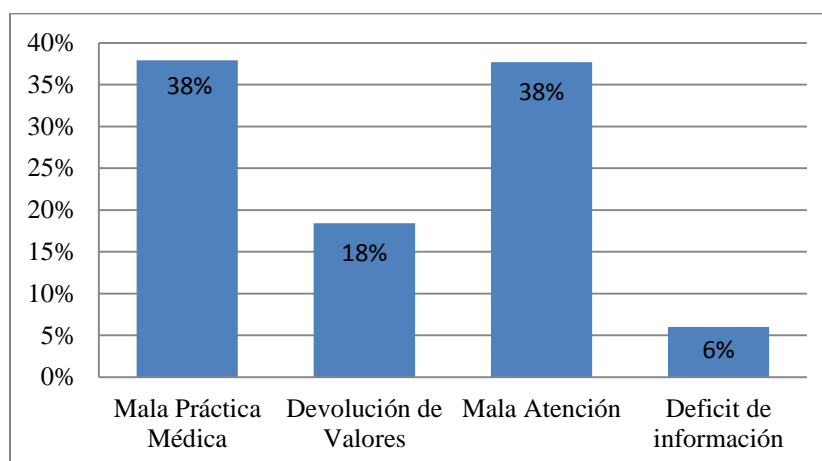


Figura 11. Porcentaje de tipo de reclamo por año

Análisis: Como se puede apreciar en la gráfica el mayor porcentaje de reclamos están contemplados entre la mala práctica médica y la mala atención que en conjunto suman 76% de las quejas. Este resultado denota que existe déficit en la calidad de atención al usuario.

En lo referente a la devolución de valores 18%, esto va de la mano con la auditoria de facturación que debe ser lo suficientemente ágil a fin de dar respuesta a estos requerimientos.

Entrevista: En la Coordinación General de Auditoría actualmente laboran cuatro médicos, una enfermera y dos ingenieras financieras, a quienes se les realizó una entrevista abierta en el mes de agosto de 2015, con el fin de determinar qué problemas habían detectado durante su trabajo, y manifestaron que existía una serie de errores repetitivos y corregibles, dentro del expediente médico de los pacientes como por ejemplo: Historias clínicas de mala calidad, ausencia de registros, evoluciones insuficientes, medicación no pertinente para el tratamiento, exageración en la solicitud de exámenes de laboratorio, errores en los diagnósticos, etc.

Estos errores lo han constatado diariamente cuando realizan revisiones de facturación o auditorías profesionales y da una pauta de cómo está la calidad en la información del expediente clínico en el Hospital. Con los resultados obtenidos hasta el momento se puede apreciar la necesidad de implementar métodos de monitoreo continuo y de procesos que mejoren la calidad de la atención del paciente y los registros en la historia clínica.

Por la cantidad de reclamos y la tendencia a incrementar, se observa que se debe ser más selectivo a la hora de iniciar procesos de Auditorías Profesional procurando que no sea ésta la actividad que acapare la gestión de la Coordinación.

3.5. 1 Encuestas

Como se mencionó anteriormente se seleccionó a todo el universo de Coordinadores Generales Médicos, Jefes de Área y Jefes de Servicio del Hospital, 52 en total.

El cuestionario se basó en dos objetivos:

1. Investigar cuál es la perspectiva que se tiene sobre el trabajo de la Coordinación General de Auditoría Médica entre los miembros del Hospital Carlos Andrade Marín.
2. Evidenciar si los encuestados conocían la existencia de Áreas de Auditoría Médicas en otros hospitales.

Estos objetivos nos ayudarán a identificar cómo se ha proyectado el trabajo que viene realizando la Auditoría Médica en el Hospital Carlos Andrade Marín.

El segundo objetivo fue evidenciar si los encuestados están en conocimiento de la existencia de áreas de Auditoría Médica en otros hospitales.

Con estos objetivos en mente se plantearon 8 preguntas a ser contestadas por los encuestados (Anexo N°2).

Se aplicó un piloto a 3 coordinadores y 3 jefes de área para la validación de la encuesta, luego de lo cual se constató que:

1. Sí se entendían las preguntas.
2. Que no hubo problemas a la hora de seleccionar las respuestas.
3. Que las preguntas si dimensionaban lo que se quería medir.
4. Se acogió las recomendaciones de cambiar el orden de las preguntas para agruparlas y que sean de fácil concatenación.
5. Se acogió la sugerencia de colocar toda la encuesta en una sola hoja, inicialmente eran dos hojas de encuesta.

Para la aplicación de la encuesta se visitó en el lugar de trabajo a cada uno de los jefes de servicio utilizando los siguientes criterios:

Criterio de inclusión: ser Jefes de Servicio, Jefe de Área, Coordinadores Generales o en su ausencia estar subrogando, datos que se obtuvieron basados en documentos de Talento Humano.

3.5.2 Resultados de la encuesta

A continuación se detalla el análisis de cada una de las preguntas que se aplicaron en la encuesta:

Pregunta 1. Conoce usted de la existencia de la Coordinación de Auditoría Médica en el Hospital Carlos Andrade Marín

Resultado: Si conoce, respondieron 44 encuestados, y que no conoce respondieron 8 encuestados, lo que se representa en la figura N° 12.

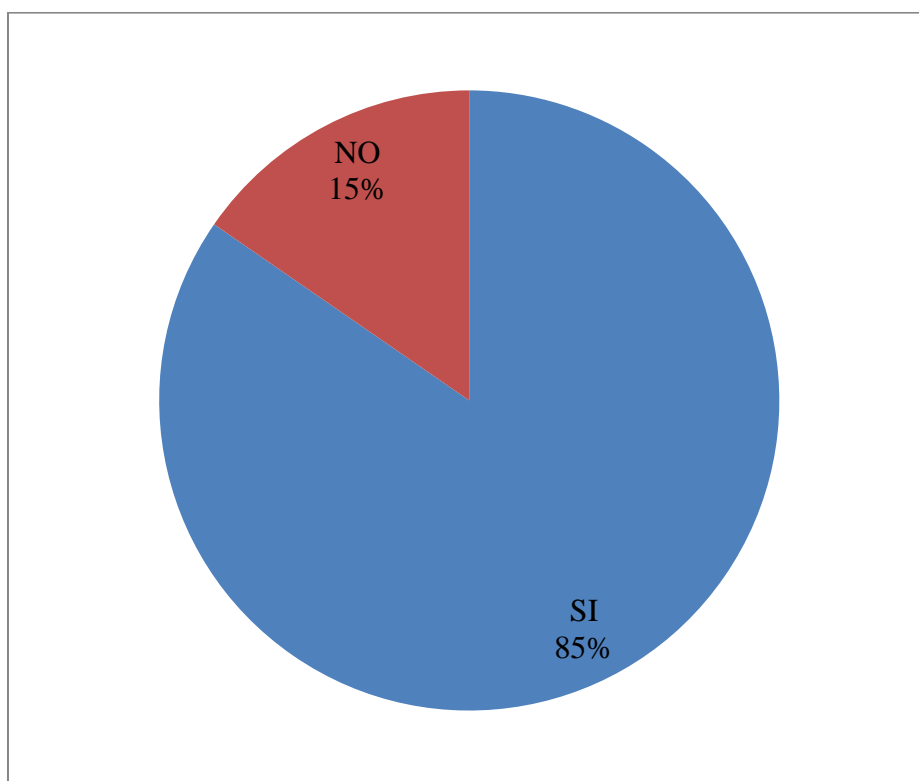


Figura 12. Existencia de la Coordinación de Auditoría Médica

Análisis: Se puede apreciar que la mayoría de los encuestados (85%) conocen de la existencia de la Coordinación General de Auditoría Médica, sin embargo existe un segmento de la población que desconoce la existencia de esta Coordinación, lo que demuestra que hay un déficit en socialización del trabajo que realiza esta Coordinación y un desinterés por parte de los encuestados por informarse sobre su propia institución ya que el organigrama institucional ha sido difundido en medios físicos y electrónicos.

Pregunta 2. ¿Cree usted necesario contar con un área de Auditoría Médica en el Hospital Carlos Andrade Marín?

Resultado: El 100% de toda la muestra contestó que sí era necesario contar con esta área se lo representa gráficamente en la figura N° 13.

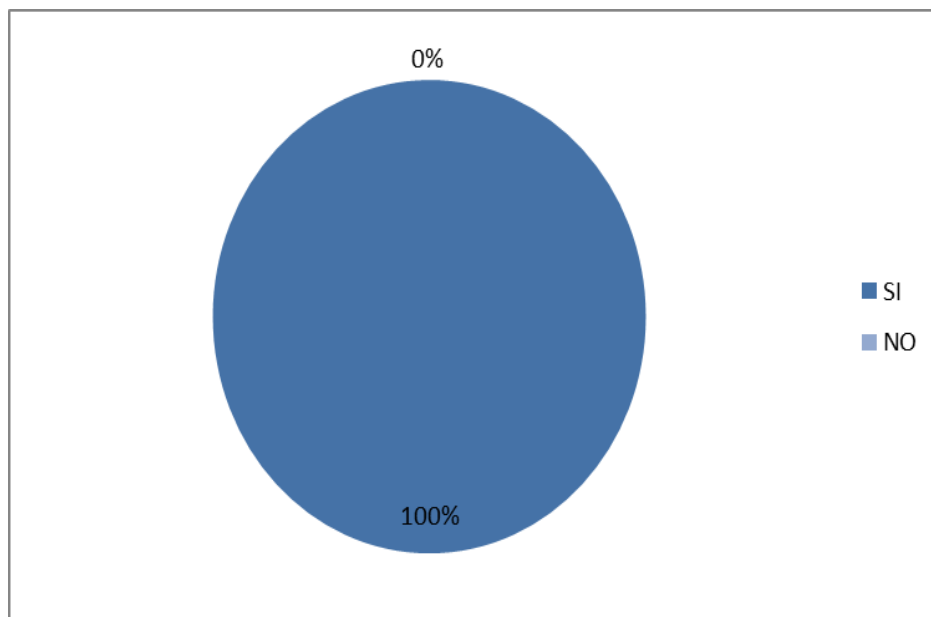


Figura 13. Necesidad de contar con una área de Auditoría Médica

Análisis: Esto demuestra que para todos los encuestados sí es importante contar con esta área, por lo tanto, la gestión que se haga podría tener un alto impacto dentro del Hospital Carlos Andrade Marín.

Pregunta 3. ¿Conoce usted de la existencia de un área de auditoría médica en otro Hospital?

Resultado: De los 52 encuestados se obtuvo que 35 Sí conocen de la existencia de áreas de Auditoría Médica en otros Hospitales y que Nro. 17 participantes como se aprecia en la figura N° 14.

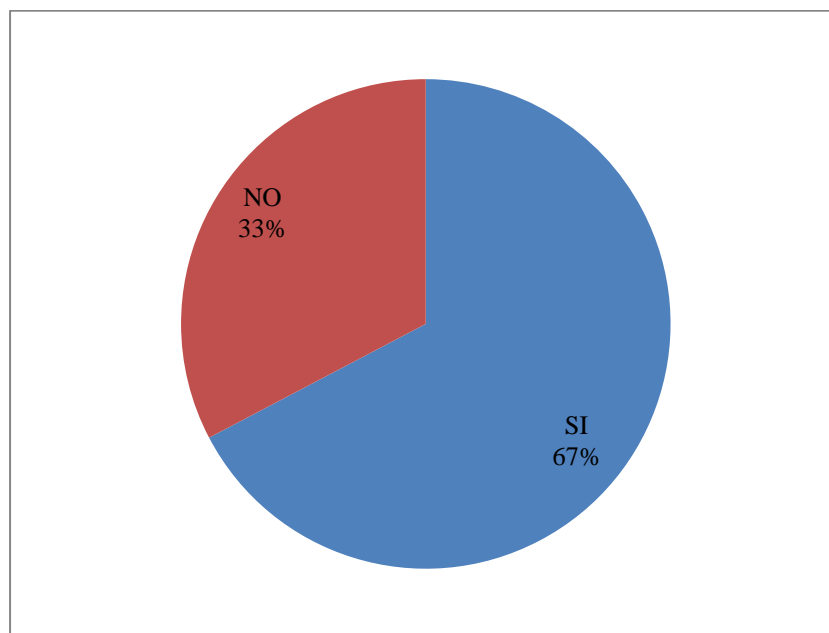


Figura 14. Existencia de auditoría Médica en otro hospital

Análisis: El 67% de los encuestados conocen de la existencia de otras unidades de Auditoría Médica, lo que señala que esta actividad también se está desarrollando en otras instancias, sin embargo, hay que determinar si en estas instituciones abarcan todo el espectro de la Auditoría Médica o solo una sección. También habrá que confirmar si existe un departamento de auditoría dentro de la estructura orgánica funcional de los hospitales.

Pregunta 4. Si la respuesta anterior fue afirmativa indique el nombre de la Institución

Resultado: Hay que señalar que esta pregunta es abierta por lo que el encuestado puede poner varios resultados. Los datos obtenidos se los representa en la figura N° 15.

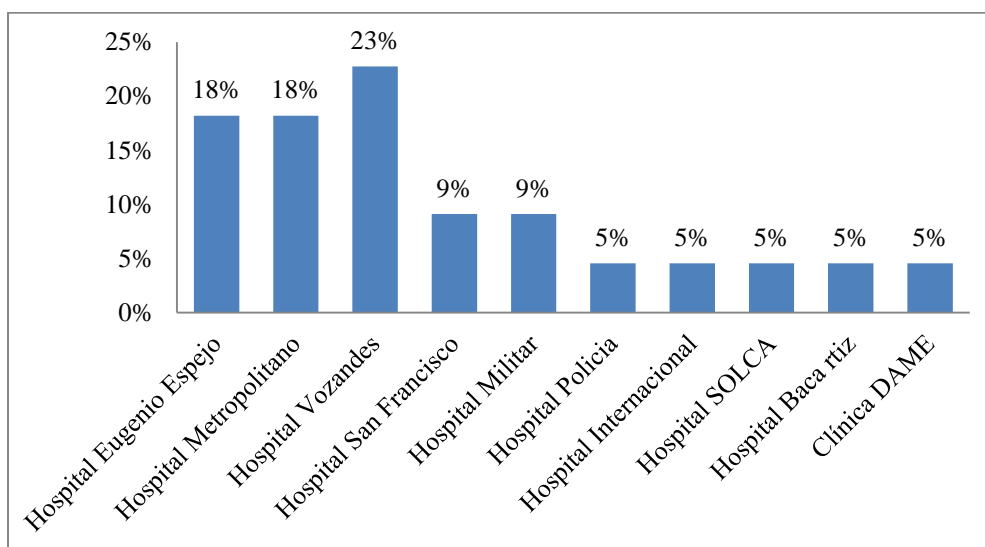


Figura 15. Nombres de hospitales que cuentan con auditoría médica

Se reportaron diez Instituciones de Salud, entre Hospitales y Clínicas que según los encuestados tienen áreas de Auditoría Médica. En esta parte se buscó evidencia en medios electrónicos donde conste el orgánico estructural de estas casas de salud. Se pudo constatar que dentro de la estructura de SOLCA Quito, sí se encuentra contemplada el área de Auditoría Médica, para el resto de instituciones no se pudo establecer esta relación por cuanto o no tienen publicado su orgánico estructural, o no estaba contemplado el Área de Auditoría. (Ver anexo 3)

Lo que resalta es que en todas las instituciones aquí señaladas, tienen dentro de su presentación áreas dedicadas de calidad, lo que hace ver que existe preocupación por la calidad de la atención, incluso en algunas instituciones como Hospital Metropolitano, Clínica Internacional tienen certificaciones ISO.

Esta presentación de áreas de calidad dentro de las estructuras de los hospitales del Ministerio de Salud también está contemplada como se observa en las imágenes del anexo 3.

Esta pregunta es importante porque podemos ver que sí existen áreas de Auditorías Médicas en otras instituciones privadas y que en las públicas se han creado unidades de calidad que tendrán implícitas actividades de auditoría.

Pregunta 5. ¿Usted piensa que la Auditoría Médica es?

- a) Muy importante
- b) Medianamente importante
- c) Poco importante

Resultado: De los 52 entrevistados, 49 consideraron a la Auditoría Médica como muy importante y 3 la consideraron medianamente importante, ninguno señaló como poco importante, en la figura N° 16 podemos apreciar gráficamente la representación porcentual de este resultado.

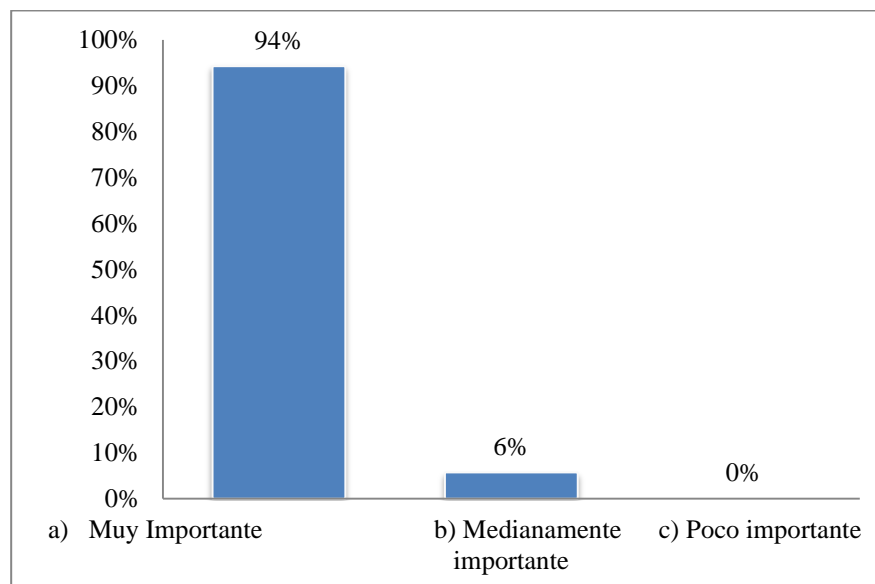


Figura 16. Nivel de importancia de la auditoría médica

Análisis: Para el 94% de los encuestados la auditoría médica es muy importante, lo que señala que para ellos esta gestión no pasaría desapercibida lo que lleva a la necesidad de plantear procesos que satisfagan esta visión de importancia que se tiene actualmente.

Pregunta 6. ¿Considera usted a la Auditoría Médica cómo?

- a) Un mecanismo de control
- b) Un mecanismo de sanción
- c) Un mecanismo de mejora continua

Resultado: Esta pregunta trata de visualizar cual es la percepción que tienen los entrevistados en relación a la Auditoría Médica la misma que estará basada en sus experiencias personales tanto dentro como fuera del Hospital.

Para contestar esta pregunta se le permitió al encuestado poder seleccionar más de una opción. Por lo que el total de respuesta no estará en dependencia del número de la muestra, sino del número de selecciones que se haya hecho.

El resultado que se obtuvo está representado en la tabla No 14 y en el gráfico 17.

Tabla 14.

Consideración de la auditoría médica

Opciones	Resultado
a) Un mecanismo de control	7
b) Un mecanismo de sanción	2
c) Un mecanismo de mejora continua	43

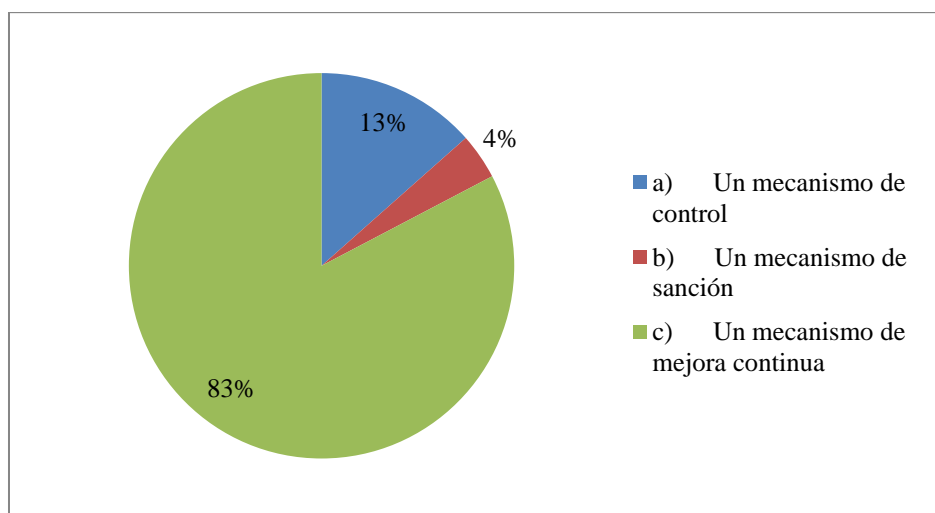


Figura 17. Consideración de la auditoría médica

Análisis: El 83% de los entrevistados piensan que la Auditoría Médica es un mecanismo de mejora continua, lo que contrasta con la bibliografía consultada, donde se señala que a la Auditoría se la considera como un mecanismo de control o de sanción.

Este resultado señala que existe un buen entendimiento de la gestión de la Auditoría Médica, considerando que la población seleccionada fueron los directivos de los que se recibirá apoyo a la gestión, se podría pensar que esta percepción cambiaría nivel operativo.

Pregunta 7. ¿Considera usted que la Auditoría Médica puede servir para?

- a) Mejorar procesos
- b) Incrementar la facturación del hospital.
- c) Para investigación de denuncias.

Resultado: En esta pregunta al igual que en la anterior igualmente se permitió al encuestado seleccionar más de una opción.

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla No 15. Gráficamente se puede apreciar los porcentajes en la figura N° 18.

Tabla 15.

Utilidad de la auditoría médica

Opciones	Resultado
a) Mejorar procesos	46
b) Incrementar la facturación del Hospital	3
c) Para investigación de denuncias	6

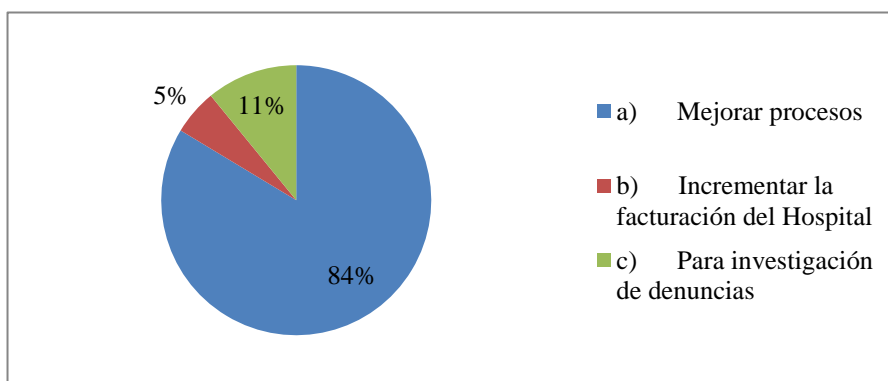


Figura 18. Utilidad de la auditoría médica

Análisis: En esta pregunta se pretendía conocer cuáles serían las expectativas que tienen sobre la Coordinación de Auditoría Médica.

Como podemos ver el 84% de los encuestados consideran que la Auditoría Médica les servirá para mejorar procesos, esto nos visualiza que el enfoque que se tiene de la auditoría es la correcta y que estaría en sintonía con los objetivos que se quiere para esta área.

El 11% de los encuestados consideran que la auditoría servirá para investigar denuncias, este porcentaje también está en concordancia con los procedimientos que se señalan para la auditoría médica.

El incremento de la facturación también es una actividad que se contempla dentro del área de auditoría y fue señalada por el 11% de los encuestados.

Con este resultado podemos evidenciar que la demanda que existirá por parte de los directivos médicos del Hospital estará acorde con los procedimientos de Auditoría Médica.

Pregunta 8. En una escala del 1 -10 con ¿cuánto califica la gestión de Auditoría Médica del Hospital Carlos Aandrade Marín?

Resultado: En esta parte de la encuesta observamos el grado de satisfacción que hasta ahora ha generado la gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica.

Para esta parte del análisis no se consideró la valoración de las encuestas de quienes habían señalado en la primera pregunta que no conocían la existencia de la Coordinación General de Auditoría, con estas consideraciones en la tabla No 16 se exponen los resultados obtenidos:

Tabla 16.**Escala de gestión de auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín**

Escala	Frecuencia
1	0
2	0
3	1
4	1
5	3
6	5
7	8
8	9
9	12
10	5
Total	44

Con estos datos se calculó el valor promedio, obteniendo una calificación de 7,7

En referencia a los porcentajes de cada escala de calificación a continuación en la figura N°19 se puede apreciar la distribución obtenida para cada escala de evaluación:

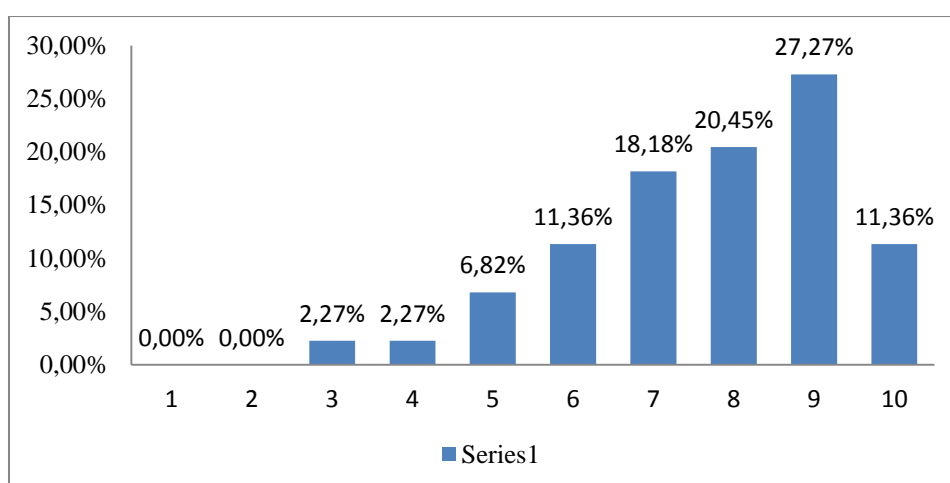


Figura 19. Escala de gestión de auditoría Médica del HCAM

Análisis: Podemos ver que el promedio que se obtuvo fue de 7.7 en una escala sobre 10 puntos, esto señala que la gestión de la Coordinación tiene una mediana aceptación y que se tendrá de efectuar modificaciones en la gestión de la Coordinación a fin de mejorar este puntaje.

En conclusión se puede indicar que hay una buena percepción de la gestión de la Coordinación. Aunque lo ideal es que se mantenga con un promedio por encima de 8.5 para tener una percepción de mejor calidad.

3.7 Análisis de los resultados

3.7.1 Sobre la perspectiva del cliente

En base a los objetivos planteados para el desarrollo de la encuesta y luego de procesar los datos obtenidos se puede ver la perspectiva del trabajo de la Coordinación General de Auditoría tiene una buena aceptación, considerando que tiene un promedio de 7.7. Sin embargo los datos arrojados nos señalan que se debe tener una mejor comunicación de las actividades que se están realizando, por cuanto el 15% de la muestra señaló no conocer de la Coordinación General de auditoría Médica.

En referencia al significado y a la importancia que tiene la Auditoría Médica entre los entrevistados se puede ver que es alta por cuanto todos los entrevistados (100%) la señalaron como necesaria y de ellos el 94% la considera muy importante, lo que significa que la perspectiva que a generado el área entre los jefes de los diversos departamentos médicos es alta y por consiguiente los resultados deben ser de la misma magnitud, cosa que hasta ahora no se está alcanzando satisfactoriamente.

También se puede ver que el enfoque de los encuestados sobre la Auditoría Médica está en sintonía a los señalamientos teóricos descritos en la bibliografía, ya que el 83% la consideran como un mecanismo de mejoramiento continuo y el 84% de las encuestas señalaron que la auditoría médica puede servir para el mejoramiento de los procesos.

3.7.2 Sobre la existencia de otras áreas de auditoría

En cuanto a la evidencia de la existencia de Áreas de Auditoría Médicas en otros hospitales se vio que el 67% de los encuestados señalaron que sí conocían de otras áreas.

Luego de verificar la existencia o no de áreas de auditoría entre las instituciones señaladas se pudo verificar que únicamente SOLCA tiene dentro de su estructura una unidad de Auditoría Médica. En el resto de instituciones lo que se encontró es que cuentan con áreas de mejoramiento de la calidad.

Con este resultado se ratifica la idea puesta al inicio de este trabajo, en el que señalamos que es la Primera Institución Pública en tener dentro de su orgánico estructural a un área dedicada por entero la Auditoría Médica.

Hay que considerar que dentro de los objetivos de la Auditoría Médica consta la mejora de la calidad y al existir estos departamentos en otras instituciones, se abre la posibilidad de un intercambio de conocimientos interinstitucionales. También hay que señalar que los sistemas de control de calidad en nuestro país empiezan a tener matices más formales y de por sí, la difusión e implementación de áreas de control de calidad es bastante frecuente en entidades públicas y privadas.

3.8 Costo beneficio de la Auditoría Médica

Para esta sección se realizó una búsqueda en fuentes secundarias, encontrando que en Ecuador no se encuentran datos sobre el costo de mecanismos de control de calidad en el sector de salud, por lo que se muestran algunos datos que nos ayudaron a ver la importancia del tema.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

Las infecciones hospitalarias afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados

De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones.

Se estima que cada año se realizan en el mundo 234 millones de operaciones quirúrgicas. La atención quirúrgica conlleva un riesgo considerable de complicaciones. Los errores en ese ámbito contribuyen a aumentar considerablemente la carga de morbilidad, a pesar de que el 50% de las complicaciones que surgen en la atención quirúrgica pueden evitarse.

De todo el gasto en salud se despilfarra entre el 20% y el 40% de los recursos a causa de una atención de calidad deficiente..

Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta

\$ 19 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas (OMS, 10 Datos Sobre Seguridad del Paciente, 2014).

A continuación se presenta algunos estudios donde se muestra las proporciones que le corresponden a la presencia de eventos adversos.

Tabla 17.**Resumen de estudios sobre eventos adversos**

Estudio	País	EA Graves	EA Evitables	Leve o ninguna incapacidad	Proporción de pacientes con prolongación de la estancia	Leve o ninguna incapacidad
ENEAS	España	16,0%	42,6%	72,2%	31,4%	6,1
CANADIAn ADVERSE EVENTS STUDY	Canadá		36,9%	55,7%		6,2
UNIVERSIDAD NACIONAL (GAITAN)	Colombia	72,0%	61,0%		61,0%	3,5
IBEAS	5 Países	19,8%	58,9%	64,5%	62,9%	16,1
IBEAS - Colombia	colombia	15,8%	58,6%	76,1%	50,4%	13,0

Fuente: (Restrepo, 2014)

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.

Como se puede apreciar existen estudios realizados por la OMS así como por otras entidades, en donde muestran datos relevantes sobre los costos y la incidencia que tienen los eventos adversos dentro de la atención sanitaria, se demuestra que es importante contar con mecanismos de control y monitoreo para disminuir la presencia de estos eventos adversos, una de las medidas que se puede instaurar es mantener los estándares de calidad y la auditoría médica se presenta como un mecanismo que puede ayudar en gran medida al logro de estos objetivos.

Sin embargo casi ninguna organización, en especial las de Salud, realiza sistemáticamente la medición para conocer mes a mes, cuál es el monto invertido en mantener los estándares de calidad establecidos por la organización y exigidos por la normativa legal vigente, situación que no permite tener en cuenta esta valiosa información, para apoyar la toma de decisiones de mejoramiento de la calidad y como base para definir el presupuesto asignado a los procesos dirigidos al logro de una calidad aceptada por los clientes y los entes de vigilancia y control.

Considerados estos costos como la inversión en promoción y prevención, las sumas invertidas en calidad deberían verse reflejadas en el mejoramiento de la satisfacción de los clientes, en la reducción de las quejas y los costos de operación injustificados o de no calidad (Arango, Rodríguez, & López, 2010).

3.8.1 Los costos de la no calidad

Considerados Por la importancia que puede tener para la sostenibilidad económica de la empresa, es importante conocer el monto de los costos o gastos ocasionados por la no calidad de los procesos establecidos, es decir, el valor en dinero gastado en solucionar fallas en los procedimientos, por errores humanos, técnicos, ignorancia y negligencia, que obligan a la utilización de recursos no justificados, si las cosas se hubieran hecho bien desde la primera vez.

La medición sistemática de los costos de estas fallas, son:

- Repeticiones de servicios, productos, facturas, cuentas de cobro y programaciones de atenciones.
- Reprocesos por malos resultados de atenciones ambulatorias, quirúrgicas, de laboratorio clínico u otros servicios de apoyo.
- Rectificaciones y consumo de recursos humanos, físicos, tecnológicos, económicos para resolver quejas y reclamos directos o a través de juzgados.
- Inversión de recursos en resolución de problemas de mala calidad, como las infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas, anestésicas y de técnicas inadecuadas de esterilización, entre otras (Arango, Rodriguez, & López, 2010).

Estas mediciones del costo de la no calidad se lo representan en la figura N° 20 donde se puede observar como es el comportamiento entre el costo de la atención por errores en comparación del costo de la prevención y se aprecia claramente como el incremento del costo de la prevención reduce francamente el costo de la atención del error.

Gráficamente se aprecia cómo es la ración que existe entre los costos del error y el costo de la prevención.

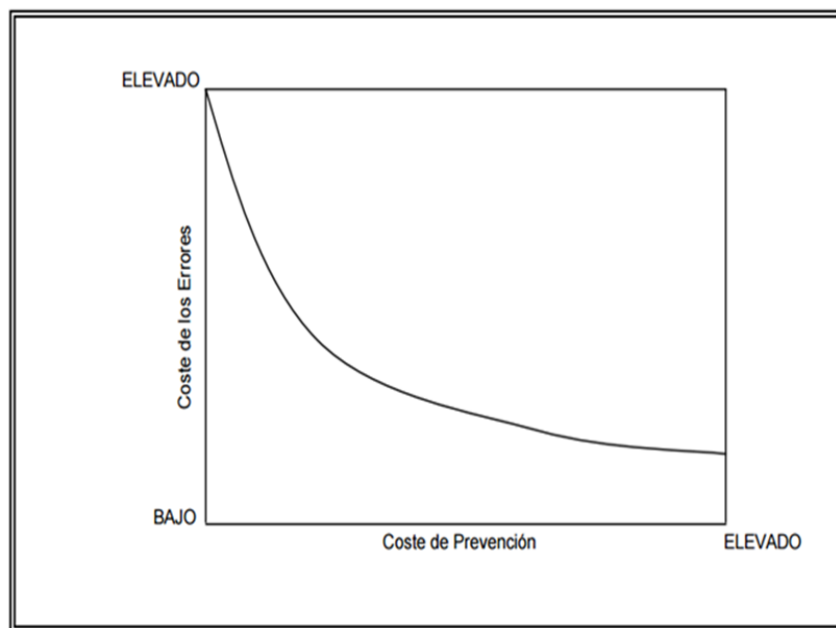


Figura 20. Efecto de prevención y el costo total de errores
Fuente: (Romero & Tamayo, 2007)

Continuando con el análisis sobre los costos en la mejora de la atención, analizamos el estudio de Arango donde se realizó la medición de los costos de calidad y no calidad en un mes durante en el Hospital Santa Clara de Bogotá D.C., empresa social del Estado, 3er nivel de complejidad, en la cual se encontró cifras significativas que justifican el monitoreo sistemático para la adopción de acciones de mejoramiento continuo, orientadas fundamentalmente a la contención de los costos injustificados en los procesos claves analizados.

A continuación en la tabla 14 se presentan los cuadros comparativos del costo de la calidad y de la no calidad, basado en el estudio de Aragón.

Tabla 18.**Matriz de resultados de costo de calidad y no calidad**

Hospital Santa Clara ESE - Costos de calidad y no calidad							
No.	Costos de calidad en procesos claves						Costos totales invertidos en la calidad del proceso
Septiembre de 2008	Costos de calidad	Estándar propuesto prevención	Costos observados de prevención	Costo estándar propuesto para inspección	Costos observados inspección	Costo estándar total calidad	
1	Contratación	\$ 2.633.628	\$ 3.799.962	\$ 2.488.005	\$ 3.258.600	\$ 5.121.633	\$ 7.058.563
2	Facturación	\$ 9.720.674	\$ 18.914.948	\$ 14.363.116	\$ 40.600.457	\$ 24.083.790	\$ 59.515.405
3	Gestión de cartera	\$ 2.116.271	\$ 177.680	\$ 2.675.333	\$ 301.409	\$ 4.791.603	\$ 479.089
4	Autorizaciones	\$ 4.898.755	\$	\$ 2.966.926	\$	\$ 7.865.681	\$
5	Atención urgencias	\$ 2.633.628	\$ 2.352.591	\$ 2.633.628	\$ 53.967	\$ 5.267.256	\$ 2.406.558
Total costos de la calidad		\$ 22.002.956	\$ 25.245.182	\$ 25.127.007	\$ 44.214.434	\$ 47.129.964	\$ 69.459.616
Costos de no calidad en procesos claves							
Costos de no calidad	Costo tolerable	Costos observados fallas internas	Costos observados por fallas externas	Costos de no calidad			
1	Contratación	\$ 263.363	\$	\$	\$		
2	Facturación	\$ 972.067	\$ 25.198.808	\$	\$ 25.198.808		
3	Gestión de cartera	\$ 211.627	\$ 37.396	\$ 1.377.063.870	\$ 1.377.101.266		
4	Autorizaciones	\$ 489.876	\$	\$	\$		
5	Atención urgencias	\$ 263.363	\$	\$	\$		
Costos de no calidad		\$ 2.200.296	\$ 25.236.204	\$ 1.377.063.870	\$ 1.402.300.074		

Fuente: (Arango, Rodriguez, & López, 2010)

Continuando con el análisis sobre los costos en la mejora de la atención, analizamos el estudio de Arango donde se realizó la medición de los costos de calidad y no calidad en un mes durante en el Hospital Santa Clara de Bogotá D.C., empresa social del Estado, tercer nivel de complejidad, en la cual se encontró cifras significativas que justifican el monitoreo sistemático para la adopción de acciones de mejoramiento continuo, orientadas fundamentalmente

Tabla 19.**Costo de calidad y no calidad en procesos administrativos clave**

	Pesos Colombianos	Dólares
Total de costos de la calidad	\$69.459.616,00	\$22.351,24
Total de costos de la no calidad	\$1.402.300.074,00	\$451.242,77
Ahorro	\$1.332.840.458,00	\$428.891,52

Fuente: (Arango, Rodriguez, & López, 2010)

Como se puede apreciar la implementación de mecanismos de control de la calidad generaría un ahorro de \$428.891,52 lo equivale a un 105% en este ejemplo.

También podemos apreciar como la no calidad puede incrementar 20 veces el costo del servicio.

Dentro del mismo estudio en la tabla 16.se presenta la Matriz de resultados para los cinco procesos claves seleccionados por la Gerencia del Hospital dentro del estudio, para el cual se hará un análisis similar.

Tabla 16.

Costo de calidad y no calidad en cinco en procesos clave

Hospital Santa Clara ESE - Costos de calidad y no calidad							
No.	Septiembre de 2008	Costos de calidad en procesos claves					
	Costos de calidad	Costo estándar propuesto para prevención	Costos observados de prevención	Costo estándar propuesto para inspección	Costos observados inspección	Costo estándar calidad	Costos totales invertidos en la calidad del proceso
6	Laboratorio clínico	\$ 1.274.468	\$ 21.548.686	\$ 789.356	\$ 576.767	\$ 2.063.824	\$ 22.125.453
7	Radiología	\$ 867.614	\$ 7.538.651	\$ 262.549	\$ 476.282	\$ 1.130.163	\$ 8.014.933
8	Hospitalización	\$ 6.586.996	\$ 295.825	\$ 3.270.308	\$ 8.953.811	\$ 9.857.304	\$ 9.249.636
9	Atención al usuario	\$ 359.478	\$	\$ 292.963	\$ 2.582.787	\$ 652.441	\$ 2.582.787
10	Medicamentos	\$ 4.674.072	\$ 5.285.571	\$ 797.900	\$	\$ 5.471.973	\$ 5.285.571
Total costos de la calidad		\$ 13.762.629	\$ 34.668.733	\$ 5.413.076	\$ 12.589.647	\$ 19.175.705	\$ 47.258.380
Costos de no calidad en procesos claves							
	Costos de no calidad	Costo tolerable	Costos observados fallas internas	Costos observados por fallas externas	Costos de no calidad		
6	Laboratorio clínico	\$ 127.447	\$ 127.941	\$ 659.389	\$ 787.330		
7	Radiología	\$ 86.761	\$ 41.308	\$ 9.436.626	\$ 9.477.935		
8	Hospitalización	\$ 658.700	\$ 274.727.526	\$	\$ 274.727.526		
9	Atención al usuario	\$ 35.948	\$ 4.025.832	\$ 507.978	\$ 4.533.810		
10	Medicamentos	\$ 467.407	\$ 1.362	\$	\$ 1.362		
Costos no calidad		\$ 1.376.263	\$ 278.923.970	\$ 10.603.993	\$ 289.527.963		

Fuente: (Arango, Rodriguez, & López, 2010)

De igual manera se tomó el total del costo de la calidad y el de la no calidad y se lo transformó a dólares con la cotización de agosto de 2015, cuyo resultado se lo observa en la tabla 17:

Tabla 20.

Costo de calidad y no calidad en procesos administrativos clave.

	Pesos Colombianos	Dólares
Total de costos de la calidad	\$47.258.380,00	\$15.207,16
Total de costos de la no calidad	\$289.527.963,00	\$93.166,51
Ahorro	\$242.269.583,00	\$77.959,35

Fuente: (Arango, Rodriguez, & López, 2010)

Como se puede apreciar la implementación de mecanismos de control de la calidad en estos cinco procesos claves generaría un ahorro de \$ 77.959,35 lo equivale al 120%.

Si consideramos el ahorro obtenido en este ejemplo, donde dentro del primer ejercicio se obtuvo un ahorro de 4,95% y que en el segundo ejemplo se obtuvo un ahorro de 16,32% podemos deducir que la implementación de mecanismos de calidad se obtuvo un ahorro en promedio de 10,64 %.

Este análisis puede señalar entonces que si en el Hospital Carlos Andrade Marín se instaura mecanismos que mejoren la calidad de la atención, se podría esperar un ahorro promedio de 10,64%.

3.9 Conclusiones

1. Existe una demanda creciente de solicitudes de Auditorías Médicas con una tendencia a seguir aumentando.
2. Se evidenció que únicamente se está realizando Auditorías Profesionales.
3. Los reclamos que más se atiende en Auditoría Médica son por supuesta mala práctica médica y por mala atención.
4. Se puede ver que existen problemas en la calidad de la atención.
5. Los datos obtenidos en la encuesta señalan que no existe una correcta difusión de la gestión de la Coordinación de Auditoría Médica entre el personal del Hospital Carlos Andrade Marín.
6. La mayoría de los encuestados consideran necesaria la existencia del área de Auditoría Médica en el Hospital Carlos Andrade Marín.
7. Se puede evidenciar que existen otras áreas de Auditoría Médica en otros Hospitales de Quito, sin embargo solo en uno de los Hospitales mencionados (SOLCA QUITO) existe un área de Auditoria incluida en la estructura orgánica.
8. Existe una buena aceptación por parte de los directivos sobre el trabajo de la auditoría médica.
9. La implementación de mecanismos de control de la calidad reduce los costos en la atención y genera ahorro en las instituciones de salud.

3.10 Recomendaciones

1. Establecer un cronograma de visitas a las otras entidades que cuenta con áreas de Auditoría Médica y de Calidad a fin de enriquecer el conocimiento y el trabajo.
2. Se recomienda levantar los procesos de la Coordinación General del Auditoría Médica a fin de mejorar la eficacia, eficiencia y efectividad de esta Coordinación
3. Se debe dar más énfasis en la realización de los otros tipos de Auditoría Médica.
4. La gestión de la Coordinación de Auditoría deberá estar enfocada en la implementación de mecanismos de control de calidad.

CAPITULO IV

SITUACIÓN ACTUAL DE PROCESOS

4.1 Direccionamiento estratégico

Es una herramienta que se utiliza para saber hacia dónde se dirige la empresa, en este direccionamiento se expone la misión, visión, objetivos, políticas y valores línea base de la administración de la institución.

4.1.1 Misión

La misión de las unidades médicas de tercer nivel del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social es brindar atención de salud especializada a través de estándares nacionales e internacionales para los afiliados, derechohabientes de la seguridad social y beneficiarios de la Red Pública Integral de Salud contribuyendo al Buen Vivir.

4.1.2 Visión

En el 2017, ser reconocidos a nivel nacional por la excelencia en la atención especializada promoviendo una cultura de mejoramiento continuo, fomentando la investigación científica y docencia dentro de instalaciones modernas, dotadas con equipamiento especializado y tecnología de punta a fin de garantizar mejores condiciones de la población atendida.

4.2 Valores institucional

Son las normas o ideas fundamentales que rigen o guían el pensamiento y la conducta de los miembros de la institución, son parte del correcto desarrollo institucional, se enuncian a continuación:

- Honestidad
- Servicio
- Trabajo
- Compromiso

- Solidaridad

El servicio hospitalario debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y para ello, debe establecer relaciones de trabajo eficaces y amplias, las mismas que se rigen por los principios de honestidad, vocación de servicio, trabajo, compromiso y solidaridad, con el fin de cubrir la atención de las necesidades individuales y colectivas, en pro del bien común(HCAM, Plan Médico Funcional, 2014).

4.3 Política de calidad

Está enfocada en satisfacer las necesidades de los clientes, mediante procesos estandarizados y orientados a cumplir con las expectativas del cliente: alineados además a los conceptos de responsabilidad social, ambiental y mejoramiento continuo; contando con personal competente, formado, involucrado en la consecución de objetivos y comprometido con la sociedad; generando propuestas innovadoras; utilizando mayores y mejores medios tecnológicos; e instituyendo consciencia productiva en el servicio.

4.4 Objetivos

4.4.1 Objetivo General

Lograr que los servicios de Salud que brinda el Hospital Carlos Andrade Marín a los afiliados y usuarios, sean altamente reconocidos por la sociedad, como resultado de su auto sostenibilidad, excelencia y satisfacción del servicio; su capacidad de respuesta y la empatía de médicos, enfermeras y personal administrativo.

4.4.2 Objetivos Específicos

- Satisfacer las necesidades y expectativas de los afiliados y usuarios del Hospital Carlos Andrade Marín, estableciendo innovadores y efectivos servicios brindados a través de una amplia gama de canales de atención y comunicación.

- Gestionar la presentación de servicios de Salud del Hospital Carlos Andrade Marín, aplicando una gestión eficiente por procesos, con altos estándares de calidad, productividad, responsabilidad social y ambiental.
- Asegurar que el clima laboral y la Cultura Organizacional del Hospital Carlos Andrade Marín, sea el facilitador para que todos los colaboradores desempeñen sus funciones con conocimiento y compromiso.

4.5 Misión de la Coordinación General de Auditoría Médica

La Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín se encarga de realizar evaluaciones periódicas y sistemáticas de la atención brindada al usuario, a través de los diferentes tipos de auditorías, con el fin de mejorar la calidad y seguridad del cuidado médico y a la vez busca mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

4.6 Visión de la Coordinación General de Auditoría Médica

La Consolidarse en el 2017 como una unidad de referencia en Auditoría Médica dentro del sistema de Seguridad Social de la Provincia de Pichincha.

4.7 Objetivo General de la Coordinación de Auditoría Médica

Mejorar la calidad y seguridad de la atención médica, disminuyendo la incidencia de acciones inseguras y eventos adversos, a través de la evaluación continua del desempeño de las áreas hospitalarias y la verificación del cumplimiento de las normas y estándares del hospital dando como resultado la satisfacción de la atención al usuario.

4.8 Objetivo específicos de la Coordinación de Auditoría Médica

1. Evaluar sistemática y periódicamente de la eficiencia, eficacia y efectividad en las atenciones de salud basado en la evaluación de estructura, proceso y resultado.

2. Establecer la concurrencia de los procedimientos clínicos de los pacientes hospitalizados, con miras a mejorar la calidad y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes en su beneficio.
3. Estudiar el proceso individual de atención, a través de la evaluación de la historia clínica, monitoreando la aplicación de las guías o protocolos de manejo y el uso de la medicina basada en evidencia.
4. Analizar los componentes administrativos, costos, gastos, mercadeo y demás aspectos propios de la facturación y prestación de servicios.
5. Vigilar los costos de la atención de los pacientes hospitalizados y su pertinencia.

4.9 Valores de la Coordinación de Auditoría Médica

- Ética
- Responsabilidad
- Equidad
- Idoneidad
- Constructividad
- Buena Fé
- Imparcialidad
- Moralidad
- Privacidad

4.10 Políticas de la Coordinación de Auditoría Médica

1. Objetivo, basada en hechos reales contenidos en la historia clínica.
2. El análisis y la evaluación se basan exclusivamente sobre los documentos de la atención de salud.
3. Los resultados son confidenciales en especial cuando se trata de Auditorías profesionales.
4. Las actividades son continuas y planificadas
5. Las evaluaciones variarán dependiendo de las características del estudio.

4.11 Mapa estratégico

Los mapas estratégicos muestra la relación entre los recursos y los objetivos por medio de una imagen detallada.

Permite a la empresa y a sus miembros concentrar en una hoja lo que se debe hacer para alcanzar los objetivos planteados, facilita el entendimiento y compromiso de sus miembros y por ende, el desarrollo de estrategias más precisas, claras y medibles hacia el logro de dichos objetivos, esta relación está plasmada a continuación en la figura N° 21.

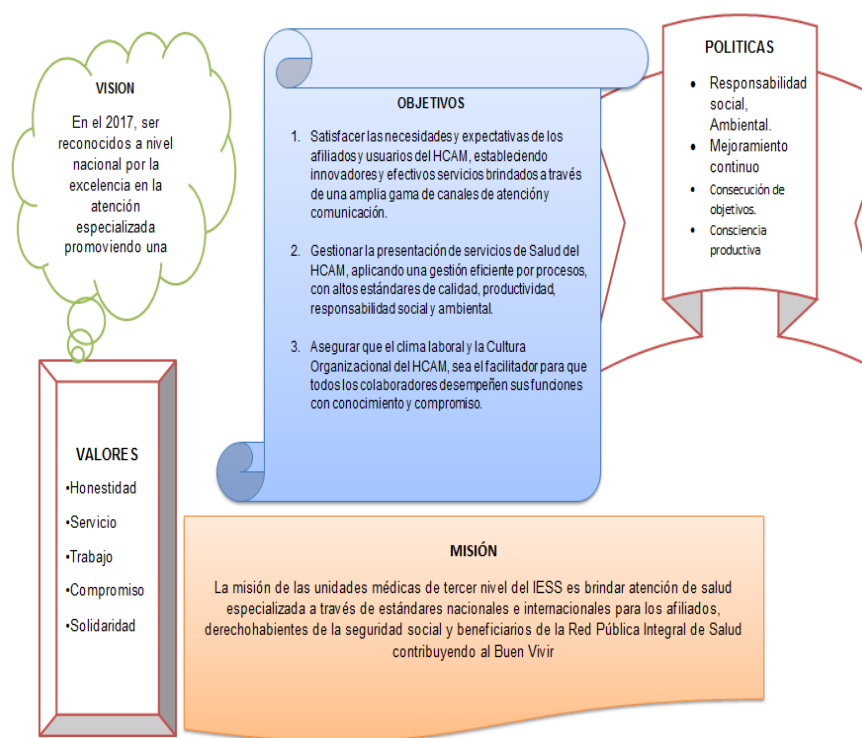


Figura 21. Mapa Estratégico del Hospital Carlos Andrade Marín

4.12 Cadena de valor

Sirve para analizar las actividades empresariales y permite comprender a la empresa y sus partes constitutivas. Su objetivo principal es generar el mayor beneficio para el consumidor y obtener ventaja competitiva.

En la figura N° 22 se presentará la cadena de valor del Hospital Carlos Andrade Marín con las actividades primarias y actividades de apoyo.

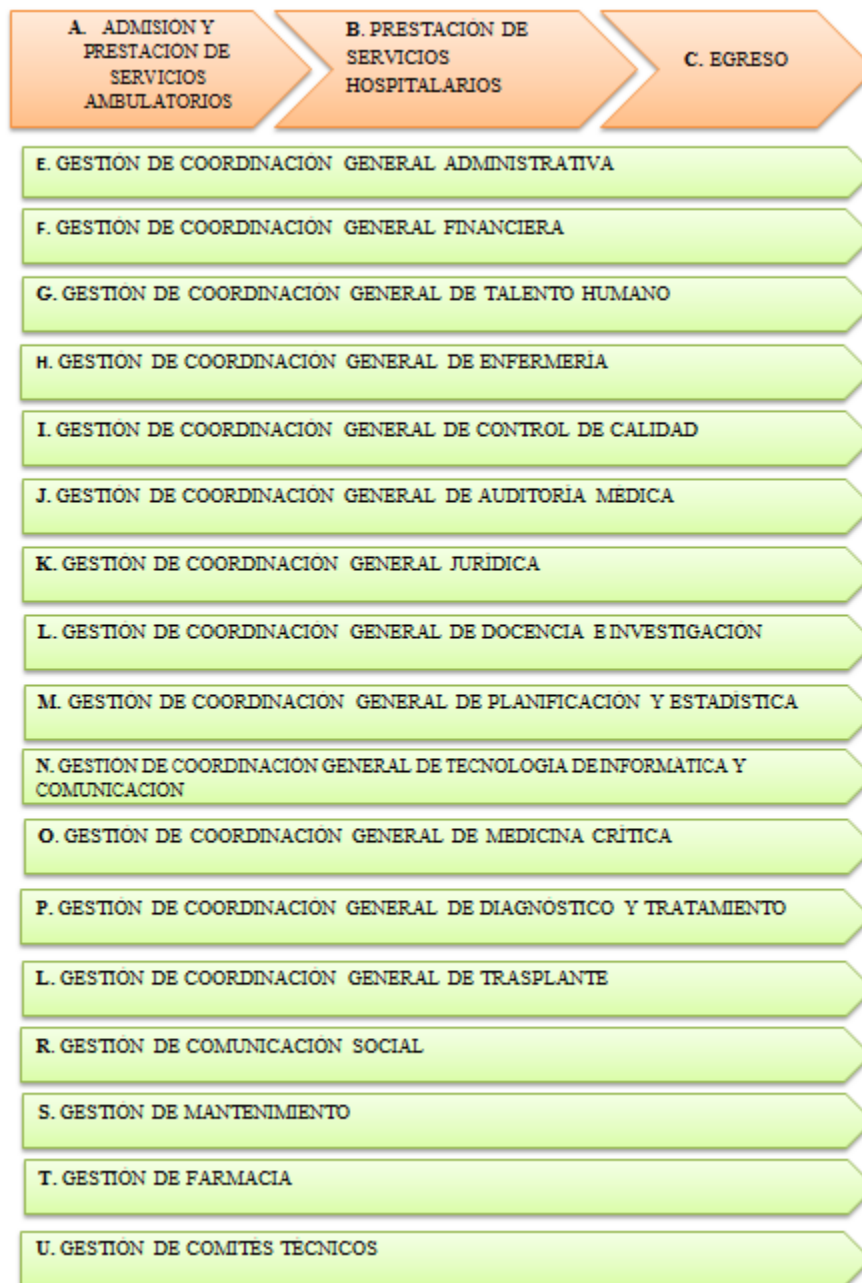


Figura 22. Cadena de Valor Hospital Carlos Andrade Marín

4.13 Definición del mapa de proceso

El mapa de procesos ofrece una visión general del sistema de gestión. Es una representación gráfica de los procesos, que componen el sistema y sus relaciones principales. Dichas relaciones se indican mediante flechas y registros que representan los flujos de información, que para el caso del Hospital Carlos Andrade Marín se lo puede apreciar en la figura N° 9.

A continuación se presentará en la figura N° 23 cuáles son los procesos que se desarrollan en la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín.

4.14 Procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica

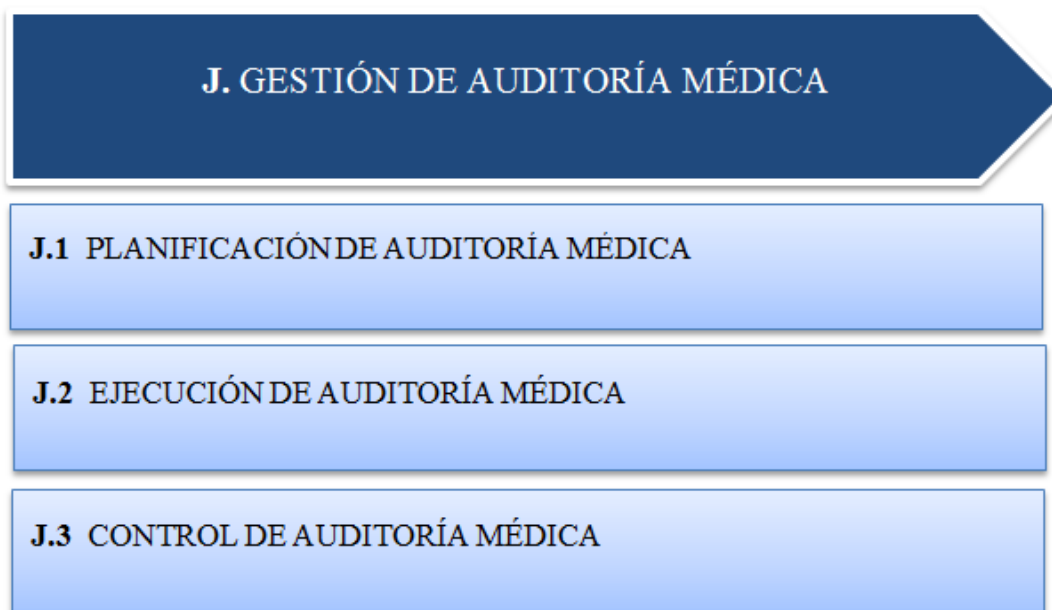


Figura 23. Cadena de Valor Coordinación General de Auditoría Médica

4.15 Inventario de procesos

Es el listado de procesos que existen en una empresa, respetando su orientación y organización, para el Hospital Carlos Andrade Marín dentro de la Coordinación General de Auditoría Médica se los representan en la tabla 21.

Tabla 21.

Inventario de procesos Coordinación General de Auditoría Médica

INVENTARIO DE PROCESOS	
PROCESO	CÓDIGO
GESTIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA	J
SUBPROCESOS	CÓDIGO
Planificación de Auditoría	J.1
Ejecución de Auditoría	J.2
Control de Auditoría	J.3

4.16 Levantamiento de información

La descripción y levantamiento de los procesos es una forma de representación de la realidad, lo más exacta posible, a partir de la identificación de las diferentes actividades y tareas de un proceso para lograr un resultado.

Para el levantamiento de Información se realizó una revisión bibliográfica sobre Auditoría Médica, buscando en libros y en el internet. En esta parte se pudo constatar que en cuanto a bibliografía impresa en nuestro medio es limitada, sin embargo en el internet se pudo conseguir varias descripciones y libros virtuales que sirvieron de fuente para la definición de los procesos que se desarrollarían en esta Coordinación.

Durante la revisión bibliográfica se observó que en varios países como Colombia y Perú tienen procesos bien definidos y marcos jurídicos claros. En países como Argentina existe una extensa aplicación de la Auditoría Médica en las instituciones de salud y es este conocimiento el que se usó de referencia para realizar este trabajo.

Con esta revisión se pudo identificar y delimitar los tipos de auditorías que se están realizando, también se establecieron definiciones y conceptualizaciones que servirán para una gestión adecuada.

Se realizó entrevistas abiertas a los miembros que trabajan actualmente en la Coordinación General de Auditoría Médica, a fin de establecer las actividades que se vienen realizando en esta dependencia y poder encasillarlos dentro del tipo de auditoría y levantar los procesos que es el objetivo de este trabajo.

4.17 Descripción de procesos actuales

En esta parte se hará la descripción basada en las revisiones del tema, y se realizará el análisis y la descripción de los procesos usando el diagrama de flujo y el análisis de valor agregado.

4.17.1 Proceso de planificación de Auditoría Médica

Nombre: Planificación de Auditoría Médica

Código: J.1

Descripción del Proceso: Este elemento debe responder a los interrogantes para qué, cuándo, cómo y cuánto se va a auditar, por lo cual la planeación debe ser programada en un determinado tiempo y con recursos previamente definidos. Dentro de la planificación se procurará que la mayoría de los recursos que se empleen servirán para evaluar los procesos de atención, el cumplimiento de normas y procedimientos de la organización, así como identificar y prevenir los riesgos asistenciales y administrativos. Dentro de la planificación también se deberá considerar las evaluaciones de seguimiento de recomendaciones emitidas.

Entrada/Salida: El proceso inicia con el análisis de los datos hospitalarios que arrojan la epidemiología, los indicadores y recomendaciones de auditorías efectuada con anterioridad y termina con la emisión de la planificación anual para el área.

Número de Actividades: Se requiere nueve actividades para la planificación

Áreas que Intervienen: Gerencia General, Epidemiología, Coordinaciones Generales, Archivo de Auditoría, Planificación y Estadística, Gestión Hospitalaria

Diagrama de Flujo y AVA: se realizó el diagrama de flujo con sus actividades y el análisis del valor agregado.

Análisis del Valor agregado:

- Según el estudio se tuvo un índice de valor agregado del 30%, esto se explica porque este proceso es de mayor importancia para el área aunque sin desestimar la relevancia institucional
- La preparación lleva un 70% del resultado esto señala que esta parte es importante porque se debe disponer de mucho tiempo a la hora de definir las necesidades preliminares de la auditoría médica.
- Las dificultades que se pueden determinar es que se requiere de un sistema de información veraz y oportuno, ya que es un insumo fundamental para gestionar la planificación
- En cuanto a la preparación se requerirá que la Coordinación desarrolle estrategias para acortar tiempos, probablemente esto mejorará con la experiencia.

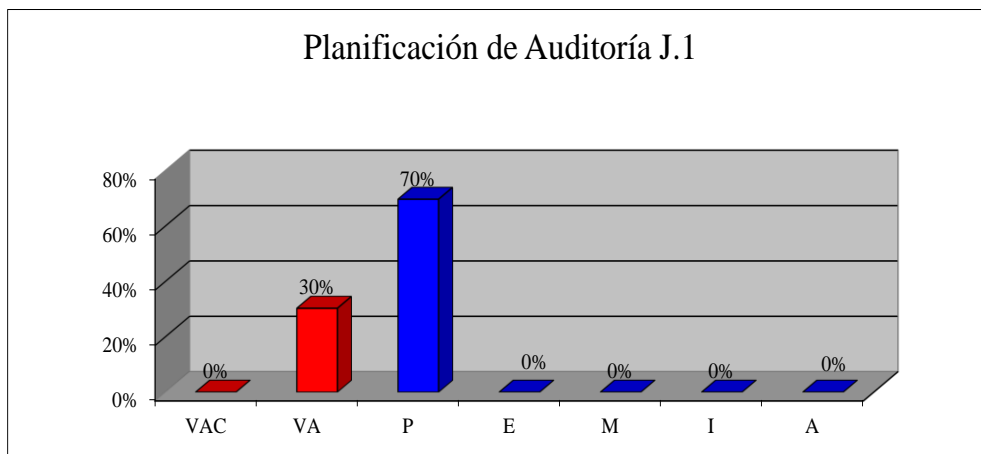


Figura N° 24. Análisis del valor agregado de Planificación de Auditoría Médica (J.1)

4.17.2 Proceso de ejecución de Auditoría

Nombre: Nombre:Ejecución de Auditoría

Código: J.2

Descripción del Proceso:Es la evaluación sistemática de la Atención en Salud, con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios. Significa la

comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. En esta evaluación también se incluye análisis de la facturación emitida por el hospital previo a la solicitud de pago, buscando que exista pertinencia en las planillas, detectando errores en los descargos, determinando la existencia de sobrefacturación o sub-prestación y controla que el respaldo documental este completa. En casos necesarios incluye también el levantamiento de objeciones al pago emitidas luego de la evaluación del pagador. En los casos que se presenten quejas, denuncias o se detecte casos centinelas se procederá a un análisis de la historia clínica y sus anexos, este análisis está fundamentado en el consenso técnico-científico y legal que regula el trabajo profesional. Puede requerir el manejo de cargos y descargos por quienes participaron en el proceso de atención. En este análisis se determina si hubo o no falla imputable a la Estructura, el Proceso o el Resultado o si hubo falla profesional y las conclusiones deben responder si se sometió o no a riesgo innecesario al paciente.

Entrada/Salida: El inicio dependerá del tipo de auditoría a efectuarse, ya que si se trata de una auditoría hospitalaria, esta arrancará según el cronograma de trabajo establecido en el Plan Anual de Auditoría en algunos casos puede iniciarse por petición de las máximas autoridades de la institución. Otra entrada se presenta en los casos que hubo recepción de una queja en la atención médica o si se detectó de un caso centinela, lo que daría inicio a una Auditoría profesional. En el caso de emitir planillaje de facturación se dará inicio a la auditoría administrativa financiera. El resultado final de los diferentes tipos de auditorías es la emisión del informe de Auditoría Médica en que se incluirá conclusiones y recomendaciones.

Número de Actividades: Se realizan 21 actividades para este proceso.

Áreas que Intervienen: Gerencia General, Dirección Médica, Dirección Administrativa, Área de Epidemiología, Coordinación Financiera, Jefes de Servicio, Área de Estadística, Coordinación de Tecnología de Información y Comunicación, Dirección de Salud del seguro Social, Ministerio de salud Pública, Usuarios del Hospital.

Diagrama de Flujo y AVA: se realizó el diagrama de flujo con sus actividades y el análisis del valor agregado.

Análisi del valor agregado:

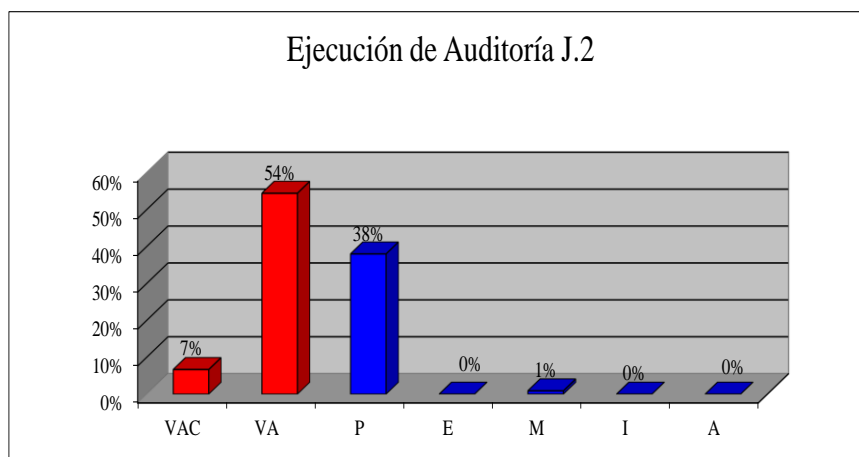


Figura 25. Análisis del valor agregado de Ejecución de Auditoría (J.2)

Análisis:

- Como se puede apreciar la Ejecución de la Auditoría tiene un alto índice de valor agregado que ocupa un 61%, siendo el valor agregado para la empresa el de mayor importancia con el 54%, esto está acorde con los objetivos de la auditoría médica porque el resultado de estas investigaciones deben servir de insumo para el mejoramiento de la institución.
- El 7% que le corresponde al valor agregado para el cliente, nos indica que los resultados que se tengan de estas auditorías tienen escasa importancia para los usuarios del hospital, debido a que se trata más de un proceso no lo va a percibir como un beneficio en su atención.
- La fase preparatoria de la ejecución de la auditoría tiene un 38%, lo que denota que las actividades previas para la ejecución de las auditorías son importantes y deben ser efectuadas adecuadamente ya que podrían alterar las actividades y los tiempos de ejecución afectando la gestión del área.

4.17.3 Proceso del control de Auditoría

Nombre: Control de Auditoría

Código:J.3

Descripción del Proceso:Ejecución de la auditoría, ya que desde el inicio es necesario mantener un monitoreo permanente del progreso e identificar a tiempo los posibles riesgos en la ejecución y tomar los correctivos con el fin de alcanzar las metas trazadas.Termina con la emisión del informe de avances de la ejecución de auditoría, así como de los ajustes en la programación y se incluye evaluación del desempeño del área.

Entrada/Salida:Estará determinada por la planificación, el cumplimiento de las actividades establecidas en el proceso de desarrollo de las auditorías, la complejidad así como el motivo de estudio y el alcance que se haya establecido. Debe contemplarse el momento administrativo y de la disponibilidad de recursos para la ejecución de las auditorías

Número de Actividades:Se realizan diez actividades para este proceso.

Áreas que Intervienen:Gerencia General, Dirección Médica, Coordinación de Tecnologías de Información y Comunicación, Jefes de Servicio, Coordinación General de Talento Humano.

Diagrama de Flujo y AVA: se realizó el diagrama de flujo con sus actividades y el análisis del valor agregado.

Análisis del Valor agregado:

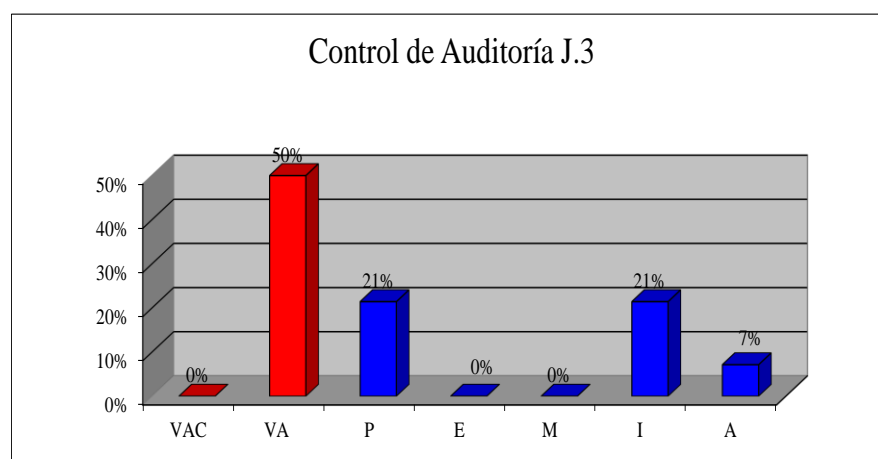


Figura 26. Análisis de valor Agregado Control de Auditoría J.3

Análisis:

- Este proceso tiene un índice de valor agregado de 50%, y está en relación al valor que tiene para la empresa, ya que el control de las auditorías tiene impacto en la ejecución y por lo tanto es el mecanismo mediante el cual se podrá obtener los resultados requeridos encasillados dentro del cronograma de planificación.
- La preparación y la inspección tienen un 21% cada una de ellas están más en relación a las actividades internas del proceso, que no tienen valor agregado para la empresa o para el cliente, sin embargo estas corresponden a las acciones de control y de evaluación de la unidad de Auditoría.
- El 7% restante corresponde al archivo y la importancia de esta parte del proceso radica en el hecho de que los expedientes de auditorías deben quedar adecuadamente conservados y disponibles en casos de ser solicitados para futuros procesos o como respaldos de gestión.

4.18 Conclusiones del análisis de valor agregado de los procesos de Auditoría

Se definen tres procesos y se hará un análisis de los índices de valor Agregado en conjunto y así visualizar su importancia:

Tabla 22.

Tabla comparativa de índices del valor agregado

Nombre del Proceso	Índice de Valor Agregado
Planificación Anual de Auditoría	30%
Ejecución de Auditoría	61%
Control de Auditoría	50%

Luego de hacer el análisis de valor agregado podemos ver que los procesos de auditoría médica se encuentran por debajo del 75%, lo que nos señala que se encuentran en estado crítico y que requieren de intervenciones de mejora.

CAPITULO V

PROPUESTA

5.1 Manual de procesos

Introducción: Con la conformación de la Coordinación General de Auditoría Médica se plantea el reto de establecer los procedimientos, actividades e indicadores ya que alrededor de la misma existe una alta expectativa de los resultados que se pueda obtener.

El presente manual pretende mostrar de una manera clara y de fácil aplicación los procesos que se deben ejecutar para la consecución de los objetivos de mejorar la calidad y seguridad de la atención en el Hospital Carlos Andrade Marín.

5.2 Caracterización de la Coordinación General de Auditoría Médica

5.2.1 Reseña histórica

Dentro del funcionamiento del Hospital Carlos Andrade Marín se tiene evidencia que con la conformación del Comisión de Facturación en 2010, se incorporó la figura del auditor médico con el fin de implementar los mecanismos de Facturación dentro de la Institución y desde ahí en adelante esta función a permanecido activa en el Hospital.

Con la resolución C.D.468 del 30 de Mayo del 2014 se estableció el nuevo organigrama por procesos para los Hospitales de Tercer Nivel del Sistema de Salud del IESS, en esta se contempla finalmente la creación de la Coordinación General de Auditoría Médica y desde el 01 de Agosto de 2014 se da inicio a las actividades de esta nueva área del Hospital al posesionarse en el Cargo al Coordinador.

Como se puede apreciar dentro del organigrama únicamente se contempló la Coordinación de Auditoría, sin embargo es necesario que se consolide un área de auditoría, por lo que en la figura 27. hacemos referencia la propuesta estructural.

5.2.2 Estructura organizacional

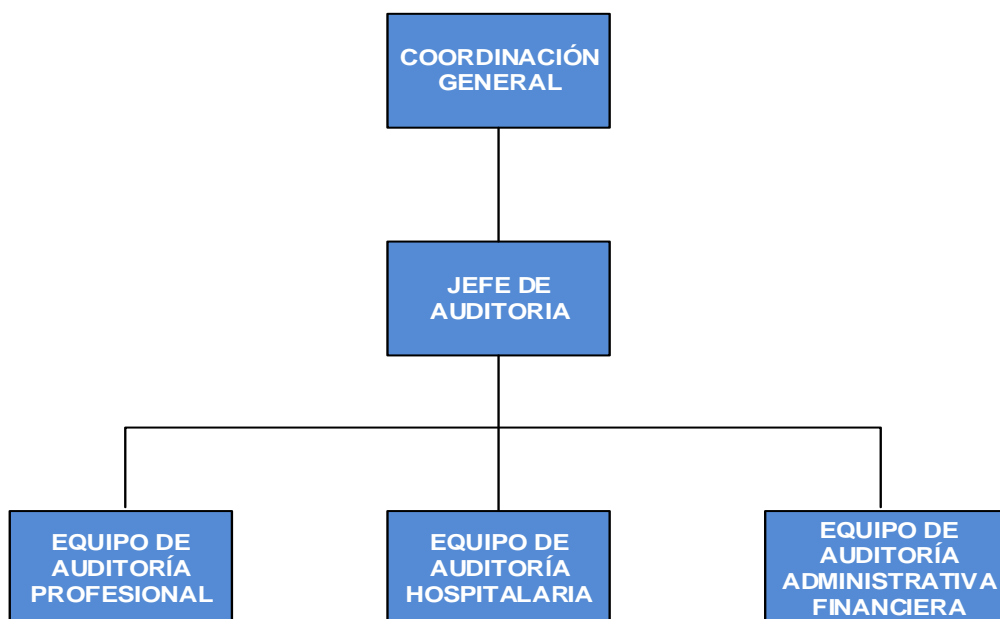


Figura 26. Organigrama de la Coordinación General de Auditoría Médica

5.3 Productos y/o servicios

Productos que se obtienen desde la Auditoría Médica:

- Informe del Plan Anual de Auditoría
- Informes de Auditorías Profesionales
- Informes de Auditorías Hospitalarias (Calidad)
- Informes de Auditorías Administrativas financieras.
- Informe de Control de Auditoría

Dentro de los servicios que oferta tenemos:

- Monitoreo de cumplimiento de normas, procedimientos y protocolos.
- Evaluación de la facturación que se genera en el hospital
- Evaluación de la calidad de la historia clínica
- Evaluación de eventos adversos
- Levantamiento de necesidades de las áreas del hospital
- Asesoramiento del manejo de la historia clínica.

5.4 Clientes

1. Gerencia General del Hospital
2. Dirección Técnica del Hospital
3. Dirección Administrativa
4. Coordinaciones Médicas
5. Jefes de Área
6. Jefes de Unidad
7. Coordinación Financiera
8. Usuarios Hospitalarios
9. Afiliados al Seguro Social
10. Dirección Nacional de Salud del Seguro Social
11. Consejo Directivo
12. Personas Jurídicas y Naturales
13. Ministerio de Salud Pública

5.6 Proveedores

1. Departamento de Estadística
2. Departamento de Epidemiología
3. Departamento de Archivo Clínico
4. Comunicación y Tecnología
5. Departamento de Gestión Documental
6. Departamento Jurídico
7. Departamento Financiero
8. Servicios Hospitalarios y Ambulatorios
9. Auxiliares Diagnósticos

5.7 Competencias

1. Elaboración del plan anual de Auditorías para el Hospital
2. Realizar Auditorías profesionales

3. Evaluar la calidad de las prestaciones, mediante la auditoría de procesos, estructura y de resultados.
4. Evaluar el uso adecuado de la Historia Clínica.
5. Monitorear el uso racional de los recursos hospitalarios
6. Revisar la facturación hospitalaria
7. Emitir informes de auditoría
8. Podrá realizar actividades de auditoría dentro del Hospital.

5.8 Mapa estratégico

A continuación en la figura 27 se muestra el mapa estratégico de la Coordinación General de Auditoría Médica.

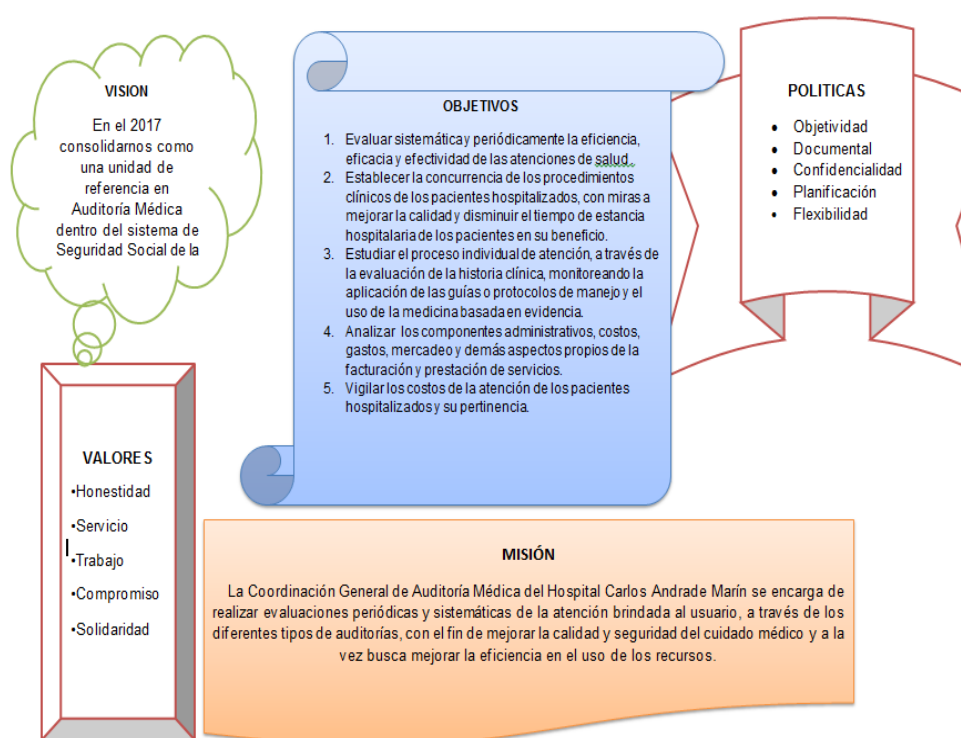


Figura N° 27. Mapa estratégico de la Coordinación General de Auditoría Médica

5.3 Procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica

La representación gráfica de los procesos definidos para la Coordinación General de Auditoría Médica se los muestra en a continuación en la figura 29.

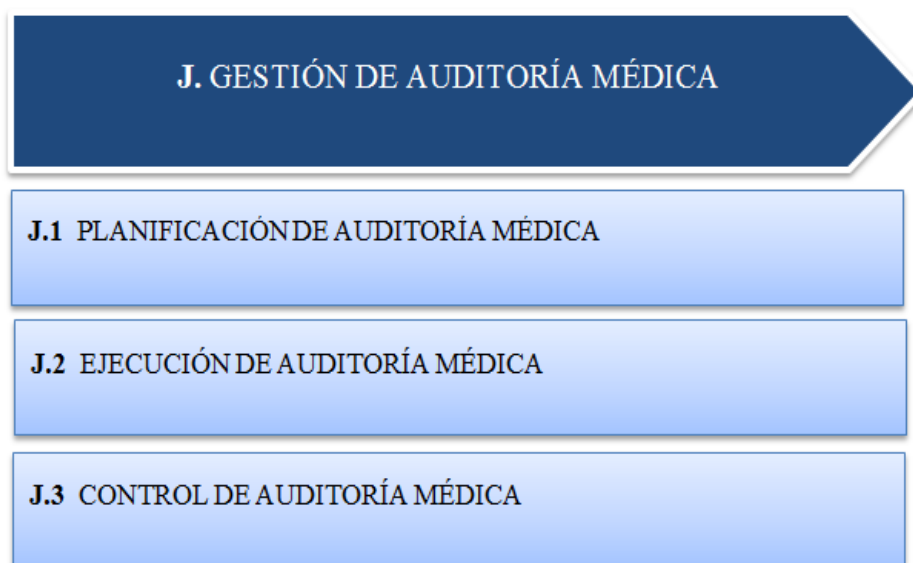


Figura 28. Procesos Coordinación General de Auditoría Médica

5.10 Contenido del manual de procesos

5.10.1 Objetivo del manual

1. Detallar los procesos que se desarrollarán en la Coordinación General de Auditoría Médica.
2. Establecer los indicadores de Gestión de la Coordinación
3. Determinar los controles que se implementarán en la Coordinación

5.10.2 Alcance del manual

El manual establecerá los procesos que se tienen que ejecutar dentro de la Coordinación General de Auditoría Médica del Hospital Carlos Andrade Marín para la realización de los diferentes tipos de auditoría médica y establecerá los límites de gestión.

5.11 Glosario de términos

- Auditoría Médica: Evaluación crítica y periódica de la calidad de la atención médica que reciben los pacientes, mediante la revisión y el estudio de las historias clínicas y las estadísticas hospitalarias.
- Proceso: Es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.
- Calidad: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie.
- Competencia: Conjunto de características de la organización, vinculadas a su capital humano, en especial sus conocimientos, valores y experiencias adquiridas, asociadas a sus procesos de trabajo esenciales, relacionadas con el desempeño.
- Protocolo o Guías Médicas: Recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar las decisiones informadas para una asistencia sanitaria adecuada.

5.12 Mapa de procesos

En la figura 23 se puede ver el mapa de procesos del Hospital Carlos Andrade Marín.


5.13 Inventario de procesos

Tabla 23.

Inventario del procesos de la Coordinación General de Auditoría Médica

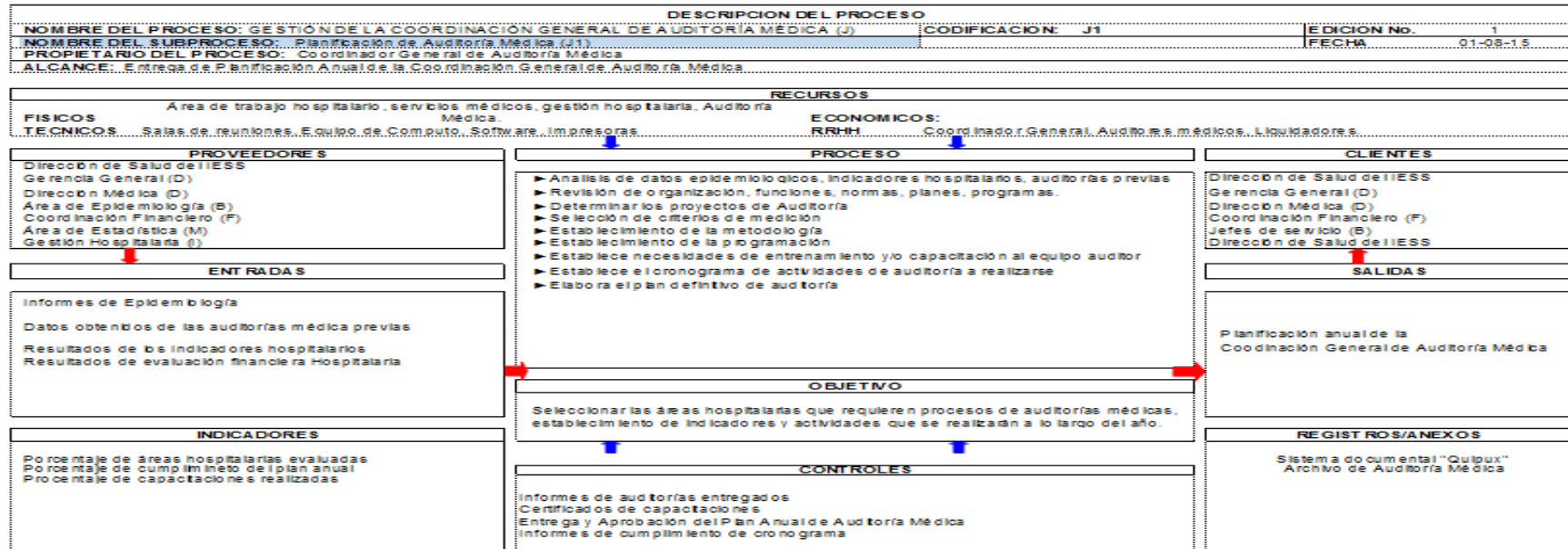
INVENTARIO DE PROCESOS	
PROCESO	CÓDIGO
GESTIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA	J
SUBPROCESOS	CÓDIGO
Planificación de Auditoría	J.1
Ejecución de Auditoría	J.2
Control de Auditoría	J.3


A continuación se describirá cada uno de los procesos que se deben implementar de la Coordinación General de Auditoría Médica.

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Caracterización	CÓDIGO: J.1


Proceso: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)

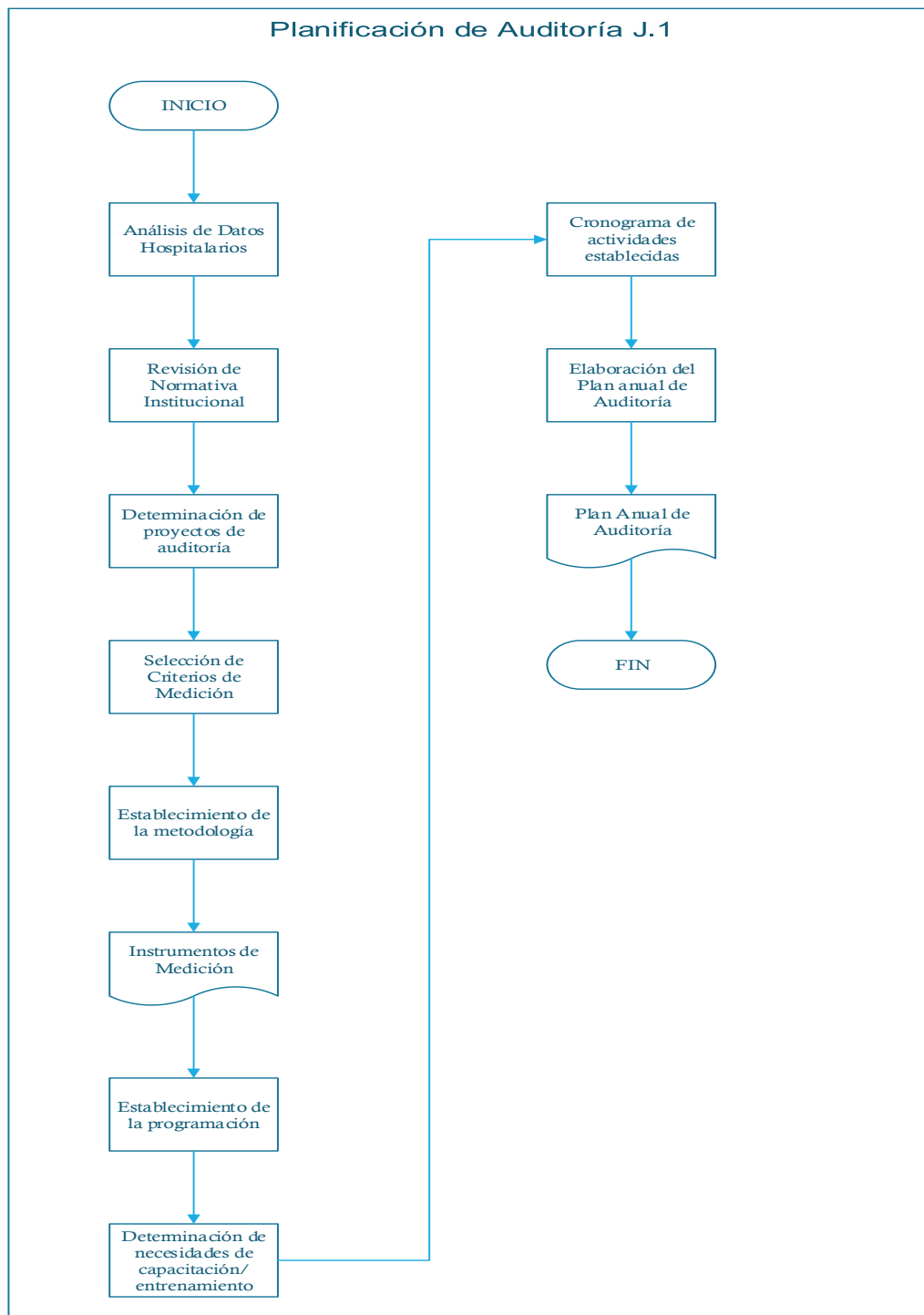
Subproceso: Planificación de auditoría Médica (J.1)




	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Descripción de Actividades	CÓDIGO: J.1

PROCESO: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)				
SUBPROCESO: Planificación Anual de Auditoría (J.1)				
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Análisis de datos epidemiológicos, Indicadores hospitalarios, auditorías previas	Coordinación General de Auditoría Médica	Recopilación y análisis de datos emitidos desde epidemiología, gestión hospitalaria y revisión de recomendaciones y compromisos de auditorías previas.	Coordinador General de Auditoría Médica
2	Revisión de organización, funciones, normas, planes, programas.	Coordinación General de Auditoría Médica	Recopilar y analizar toda la normativa, los planes y programas del hospital así como de los servicios	Coordinador General de Auditoría Médica
3	Determinar los proyectos de Auditoría	Coordinación General de Auditoría Médica	Con los datos obtenidos previamente, se clasifica y prioriza los proyectos que serán auditados según el peso de la problemática detectada y de las desiciones de la institución	Coordinador General de Auditoría Médica
4	Selección de criterios de medición	Coordinación General de Auditoría Médica	Con los datos recopilados de la normativa, planes y programas de los servicios seleccionados se establece los indicadores a emplearse para la medición de la calidad.	Coordinador General de Auditoría Médica
5	Establecimiento de la metodología	Coordinación General de Auditoría Médica	Se definirán los universos, el tamaño de la muestra, técnicas de muestreo, elabora instrumentos de medición, se definen indicadores y fuentes de información.	Coordinador General de Auditoría Médica
6	Establecimiento de la programación	Coordinación General de Auditoría Médica	Define las actividades, recursos, fechas, responsables.	Coordinador General de Auditoría Médica
7	Establece necesidades de entrenamiento y/o capacitación al equipo auditor	Coordinación General de Auditoría Médica	Planifica y gestiona capacitaciones o entrenamientos continuos para mantener actualizado el conocimientos del equipo auditor.	Coordinador General de Auditoría Médica
8	Establece el cronograma de actividades de auditoría a realizarse	Coordinación General de Auditoría Médica	Establece fechas de la realización de las auditorías en los diferentes servicios, establece tiempos de cumplimientos, establece fechas de capacitaciones.	Coordinador General de Auditoría Médica
9	Elabora el plan definitivo de auditoría	Coordinación General de Auditoría Médica	Elabora y presenta planificación anual de la Coordinación General de Auditoría Médica	Coordinador General de Auditoría Médica

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Representación Gráfica	CÓDIGO: J.1



	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CODIGO: J.1

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J1-001
SUBPROCESO	Planificación Anual de Auditoría (J.1)		
RESPONSABLE	Coordinador General del Auditoría Médica		
INDICADOR	Porcentaje de Áreas Hospitalarias Evaluadas		

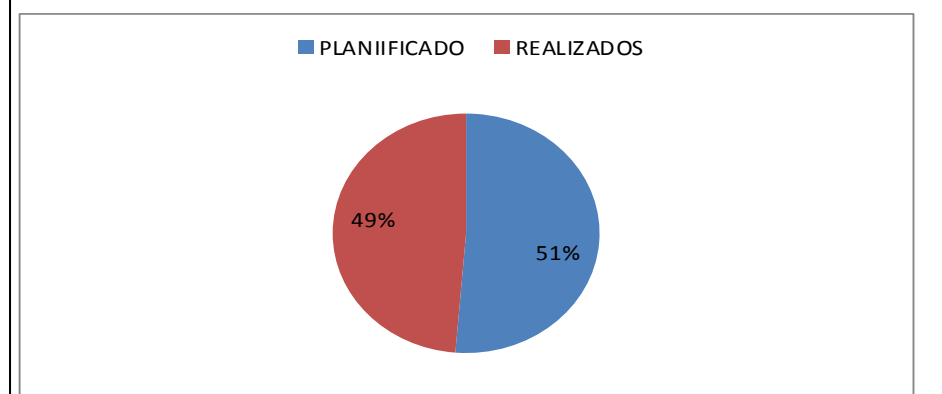
FORMA DE CÁLCULO

$\left(\frac{\text{Número de áreas hospitalarias evaluadas}}{\text{Total de áreas hospitalarias planificadas}} \right) * 100$	
DEFINICIÓN	Porcentaje de áreas en que se realizó procesos de auditoría médicas en el año según lo planificado
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica

METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
-------	-----------------------	------------	--------------------


L.I	Aceptable	L.S	Cumplimiento > 95%	ANUAL	PORCENTAJE
90%	95%	100%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

--

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CODIGO: J.1

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J1-002
SUBPROCESO	Planificación Anual de Auditoría (J.1)		
RESPONSABLE	Coordinador General del Auditoría Médica		
INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento del plan anual		

FORMA DE CÁLCULO

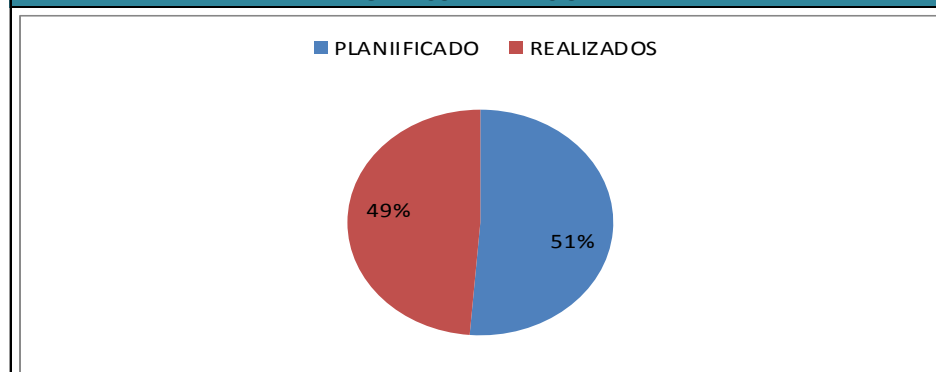
$\left(\frac{\text{Número de actividades cumplidas según la planificación}}{\text{Total de actividades planificadas}} \right) * 100$	
DEFINICIÓN	Mide el porcentaje de cumplimiento de la planificación anual
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica

METAS

RESULTADO PLANIFICADO FRECUENCIA UNIDAD DE MEDICIÓN


L.I	Aceptable	L.S	Cumplimiento del 95% de la planificación	ANUAL	PORCENTAJE
90%	95%	100%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CODIGO: J.1

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J1-003
SUBPROCESO	Planificación Anual de Auditoría (J.1)		
RESPONSABLE	Coordinador General del Auditoría Médica		
INDICADOR	Porcentaje de capacitaciones realizadas		


FORMA DE CÁLCULO

$\left(\frac{\text{Número de capacitaciones ejecutadas}}{\text{Total de Capacitaciones Planificadas}} \right) * 100$	
DEFINICIÓN	Mide el porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones planificadas para el año en curso
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Archivo de Talento Humano

METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
L.I	Aceptable	L.S	Cumplimiento del 95% de la planificación	ANUAL	PORCENTAJE
90%	95%	100%			

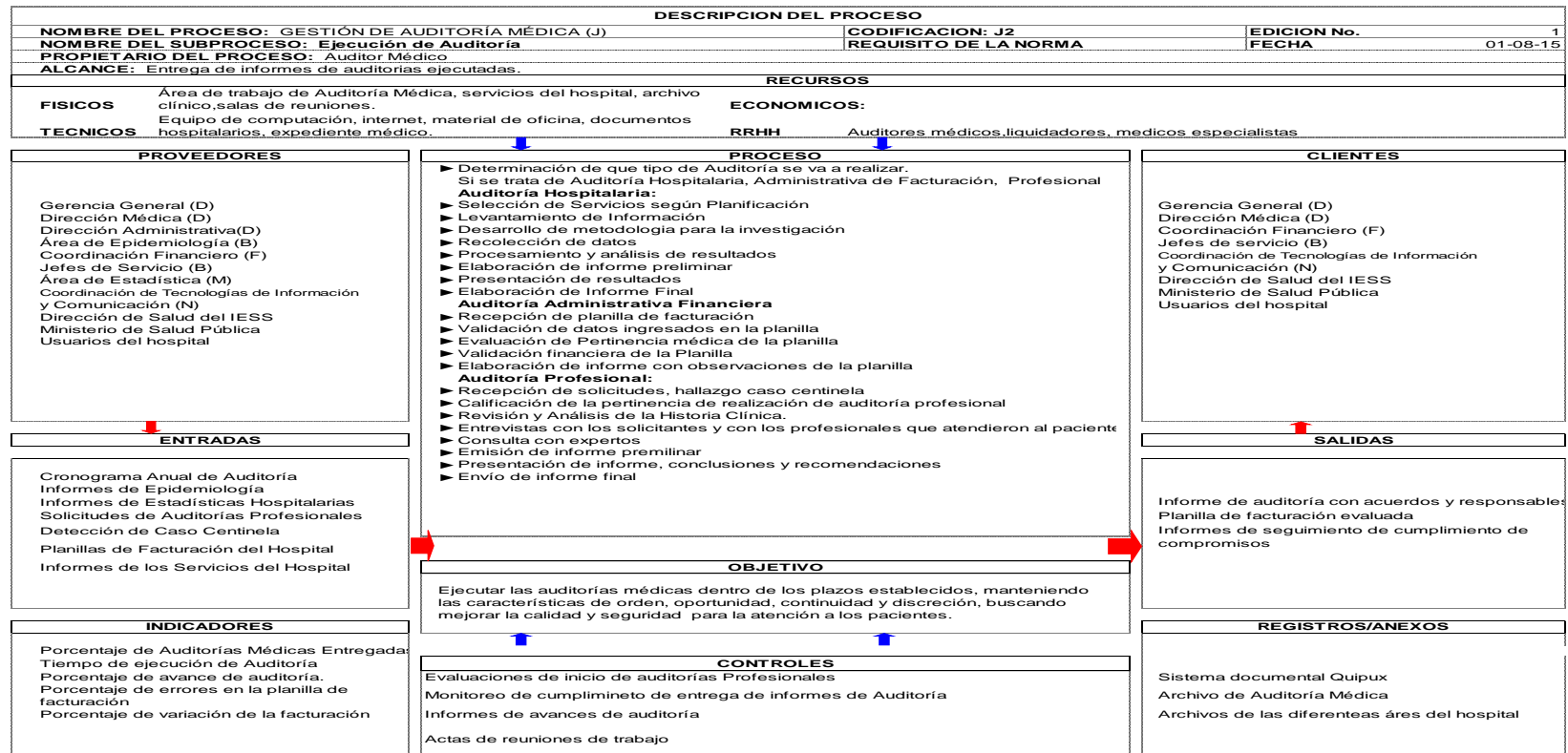
GRÁFICO DE MEDICIÓN




	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Caracterización	CÓDIGO: J.2


Proceso: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)

Subproceso: Ejecución de Auditoría (J.2)




	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Descripción de Actividades	CÓDIGO: J.2


PROCESO: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)				
SUBPROCESO: Ejecución de Auditoría (J.2)				
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Determinación de tipo de auditoría a realizarse	Coordinación General de Auditoría Médica	Dependiendo de la planificación o de la solicitud de inicio de Auditoría se determinará si se trata de: Auditoría Hospitalaria, Auditoría de Facturación o Auditoría Profesional	Coordinador General de Auditoría Médica
AUDITORÍA HOSPITALARIA				
2	Selección de Servicios según Planificación	Coordinación General de Auditoría Médica	Según la planificación anual de la Coordinación de Auditoría Médica se procederá al inicio de la evaluación de la calidad y seguridad en el servicio o área preestablecida en el cronograma de actividades anuales.	Coordinador General de Auditoría Médica
3	Levantamiento de Información	Coordinación General de Auditoría Médica junto con el área o servicio seleccionado.	Actividades de socialización y sensibilización previo al levantamiento de información del servicio seleccionado. Recopilación de protocolos, normas, guías e indicadores con los que cuenta la unidad.	Jefe de Auditoría Médica
4	Desarrollo de metodología para la investigación	Coordinación General de Auditoría Médica	Basado en la información recopilada se procede a la determinación del alcance, objetivos, período a evaluarse, los métodos de medición, desarrollo de instrumentos, estableciendo cronogramas.	Jefe de Auditoría Médica
5	Recolección de datos	Coordinación General de Auditoría Médica	Aplicación de los instrumentos de medición para recolección de datos.	Audidores Médicos
6	Procesamiento y análisis de resultados	Coordinación General de Auditoría Médica	Procesamiento de la información: ordenamiento, tabulación, análisis estadístico de los datos obtenidos.	Audidores Médicos
7	Elaboración de informe preliminar	Coordinación General de Auditoría Médica	Elaboración del informe previo, donde debe constar el análisis estadístico, las conclusiones y recomendaciones para el área auditada.	Audidores Médicos
8	Presentación de resultados	Coordinación General de Auditoría Médica	Exposición de los resultados de la auditoría, a los jefes de servicio y demás autoridades, los que establecerán compromisos para mejorar la calidad y seguridad de la atención, determinando responsables, plazos e indicadores de cumplimiento.	Jefe de Auditoría Médica + Coordinador General de Auditoría Médica
9	Elaboración de Informe Final	Coordinación General de Auditoría Médica	Redacción del informe definitivo en el que incluye resultados de la auditoría así como los compromisos establecidos durante la presentación de resultados	Jefe de Auditoría Médica + Coordinador General de Auditoría Médica

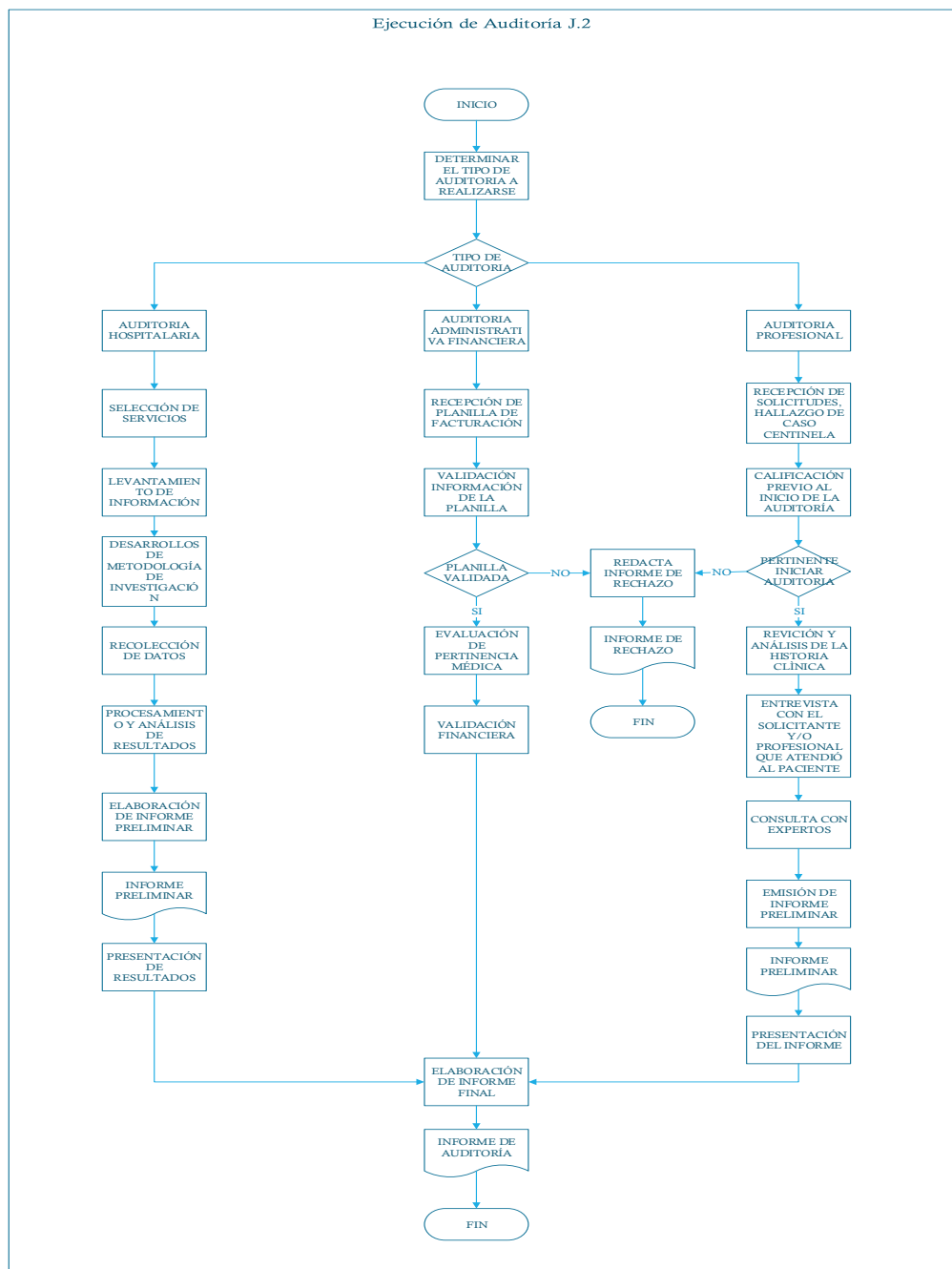
	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Descripción de Actividades	CÓDIGO: J.2


PROCESO: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)				
SUBPROCESO: Ejecución de Auditoría (J.2)				
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
AUDITORÍA ADMINISTRATIVA FINANCIERA				
10	Recepción de planilla de facturación	Coordinación General de Auditoría Médica	Recepción de planillas de facturación en formato digital (archivo plano) en medios electrónicos.	Coordinador General de Auditoría Médica
11	Validación de datos ingresados en la planilla	Coordinación General de Auditoría Médica	Evaluar si el expediente corresponde al HCAM, que corresponda al mes que se va a evaluar, se detecta que los códigos utilizados existan en el tarifario único nacional, que las descripciones sean las correctas y que los precios estén acorde a la normativa vigente.	Audidores Médicos
12	Evaluación de Pertinencia médica de la planilla	Coordinación General de Auditoría Médica	Determina que lo señalado en la facturación este en concordancia con lo expresado en la historia clínica y que exista pertinencia técnica, basado en guías, protocolos o evidencia científica que lo respalde. Cuando no se encuentra pertinencia se efectúan los informes respectivos.	Audidores Médicos
13	Validación financiera de la Planilla	Coordinación General de Auditoría Médica	Corrige la planilla de facturación según lo estipulado en la evaluación de pertinencia médica. Hace una verificación de las correcciones en la planilla, lleva un historial de la facturación del hospital, por servicio y por período. Hace un análisis de la facturación obtenida y de los errores detectados.	Liquidadores
14	Elaboración de informe con observaciones de la planilla	Coordinación General de Auditoría Médica	Elabora el informe con las correcciones realizadas a la planilla y es enviada al departamento financiero para continuar con el proceso	Jefe de Auditoría

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Descripción de Actividades	CÓDIGO: J.2

PROCESO: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)				
SUBPROCESO: Ejecución de Auditoría (J.2)				
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
AUDITORIA PROFESIONAL				
15	Recepción de solicitudes, hallazgo caso centinela	Coordinación General de Auditoría Médica	Recepción de solicitud de auditorías profesional. Detección casos centinelas como muerte materna, reingresos menores a 72 horas, reoperaciones, eventos adversos.	Coordinador General de Auditoría Médica
16	Calificación de la pertinencia de realización de auditoría profesional	Coordinación General de Auditoría Médica	Evaluar si la solicitud cumple con 3 de los 4 criterios: 1) La atención fue en el Hospital. 2) La auditoría favorece al proceso de mejora continua. 3) Está en referencia a la prestación de servicios de salud. 4) Forma parte del plan anual. Los dos primeros criterios son de cumplimiento obligatorios.	Coordinador General de Auditoría Médica
17	Revisión y Análisis de la Historia Clínica.	Coordinación General de Auditoría Médica	Obtener el expediente clínico completo, se procede hacer una revisión completa del expediente se evalúa el cumplimiento de normas, protocolos, guía médicas y medicina basada en evidencia.	Auditores Médicos
18	Entrevistas con los solicitantes y con los profesionales que atendieron al paciente	Coordinación General de Auditoría Médica	Efectúa una entrevista dirigida con los profesionales que atendieron al paciente, se solicita informes escritos que justifiquen el accionar médico. Para los casos en que la auditoría fue solicitada se hará una entrevista con el solicitante, con el fin de aclarar o ampliar los puntos expuestos.	Auditores Médicos
19	Consulta con expertos	Coordinación General de Auditoría Médica	Consultar con expertos en la materia tratada, en caso de requerir un criterio técnico de pares según la complejidad del caso.	Auditores Médicos
20	Emisión de informe preliminar	Coordinación General de Auditoría Médica	Redactar el informe de la investigación, se evalúa la calidad del mismo, se hacen los correctivos que sean requeridos.	Auditores Médicos, Jefe de Auditoría
22	Presentación de informe, conclusiones y recomendaciones	Coordinación General de Auditoría Médica	Exposición de los resultados de la auditoría, a los jefes de servicio y demás autoridades, los que establecerán compromisos para mejorar la calidad y seguridad de la atención, determinando responsables, plazos e indicadores de cumplimiento.	Jefe de Auditoría, Coordinador de Auditoría Médica
23	Envío de informe final	Coordinación General de Auditoría Médica	Envía los resultados de la auditoría a las autoridades, para la toma de decisiones	Coordinador General de Auditoría Médica

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
Representación gráfica	CÓDIGO: J.2	



	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.2

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J2-001
SUBPROCESO	Ejecución de Auditoría (J.2)		
RESPONSABLE	Auditor Médico		
INDICADOR	Porcentaje de Auditorías Médicas Entregadas		

FORMA DE CÁLCULO

$$\left(\frac{\text{Número de Informes de Auditoría Médica entregadas}}{\text{Número total de Auditorías Médicas Planificadas}} \right) * 100$$

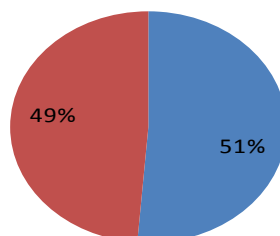
DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de informes de Auditoría Entregados según la planificación
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Instrumento de Recolección de datos

	METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
--	-------	-----------------------	------------	--------------------


L.I	Acceptable	L.S	Tener un 90% de Auditorías Entregadas	SEMESTRAL	Porcentaje
85%	90%	100%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN

■ PLANIIFICADO ■ REALIZADOS



OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.2

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J2-002
SUBPROCESO	Ejecución de Auditoría (J.2)		
RESPONSABLE	Auditor Médico		
INDICADOR	Tiempo de ejecución de Auditoría		

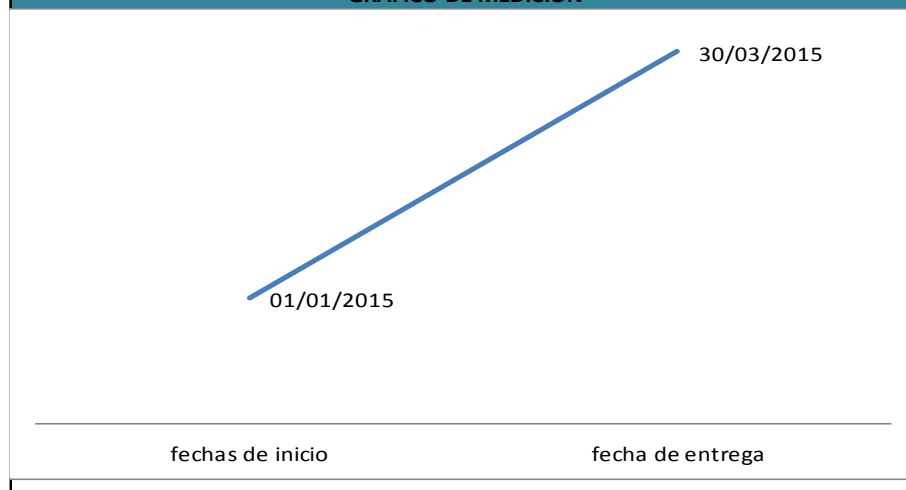
FORMA DE CÁLCULO


Tiempo en días transcurridos en la ejecución de la Auditoría	
DEFINICIÓN	Tiempo transcurrido desde el inicio de la auditoría hasta el momento en que se entrega el informe final de auditoría.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Instrumento de Recolección de datos

METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
-------	-----------------------	------------	--------------------

L.I	Aceptable	L.S	La ejecución de auditoría menor a 60 días	TRIMESTRAL	Porcentaje
30 días	60 días	90 días			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.2

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J2-003
SUBPROCESO	Ejecución de Auditoría (J.2)		
RESPONSABLE	Auditor Médico		
INDICADOR	Porcentaje de errores en la planilla de facturación		

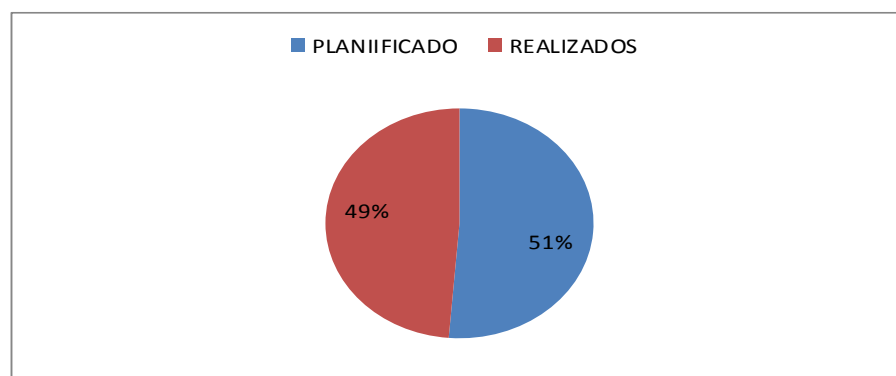
FORMA DE CÁLCULO

$$\left(\frac{\text{Número de ítems con errores de la Planilla de Facturación}}{\text{Número total de ítems de la planilla de Facturación}} \right) * 100$$


DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de ítems con errores en la planilla de facturación
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Archivos de la Coordinación General Financiera

METAS			RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
L.I	Aceptable	L.S	Tener menos del 5% de Errores en la Planilla de Facturación	MENSUAL	Porcentaje
10%	5%	0%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.2

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J4-004
SUBPROCESO	Ejecución de Auditoría (J.2)		
RESPONSABLE	Auditor Médico		
INDICADOR	Porcentaje de variación de la facturación		

FORMA DE CÁLCULO

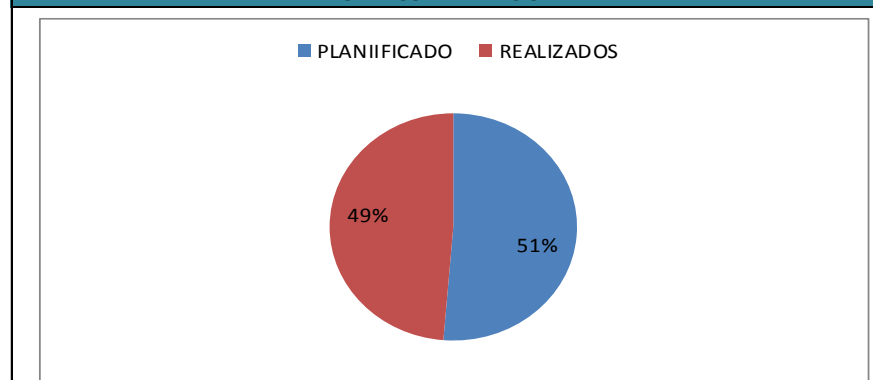
$$\left(\frac{\text{Valor total planilla recibida} - \text{Valor total planilla entregada}}{\text{Valor total planilla recibida}} \right) * 100$$

DEFINICIÓN	Señala el comportamiento de la facturación luego de la auditoría. Este valor puede señalar un incremento como un decremento en la facturación.
FUENTE DE INFORMACIÓN	Informes de facturación inicial. Informes finales de evaluación

METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
-------	-----------------------	------------	--------------------


L.I	Aceptable	L.S	Variación oscilante del 3%	Mensual	Porcentaje
1%	3%	5%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.2

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J2-005
SUBPROCESO	Ejecución de Auditoría (J.2)		
RESPONSABLE	Auditor Médico		
INDICADOR	Porcentaje de avance de auditoría.		

FORMA DE CÁLCULO

$$\left(\frac{\text{Número de items de Auditoría Médica terminados}}{\text{Número total de items planificadas en las Auditorías Médicas}} \right) * 100$$

DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de avance en la ejecución de las Auditorías planificadas
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Instrumento de Recolección de datos

METAS

RESULTADO PLANIFICADO

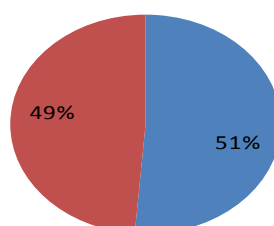
FRECUENCIA

UNIDAD DE MEDICIÓN


L.I	Acceptable	L.S	Tener un 90% de Avance en las Auditorías	SEMESTRAL	Porcentaje
80%	90%	100%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN

■ PLANIIFICADO ■ REALIZADOS

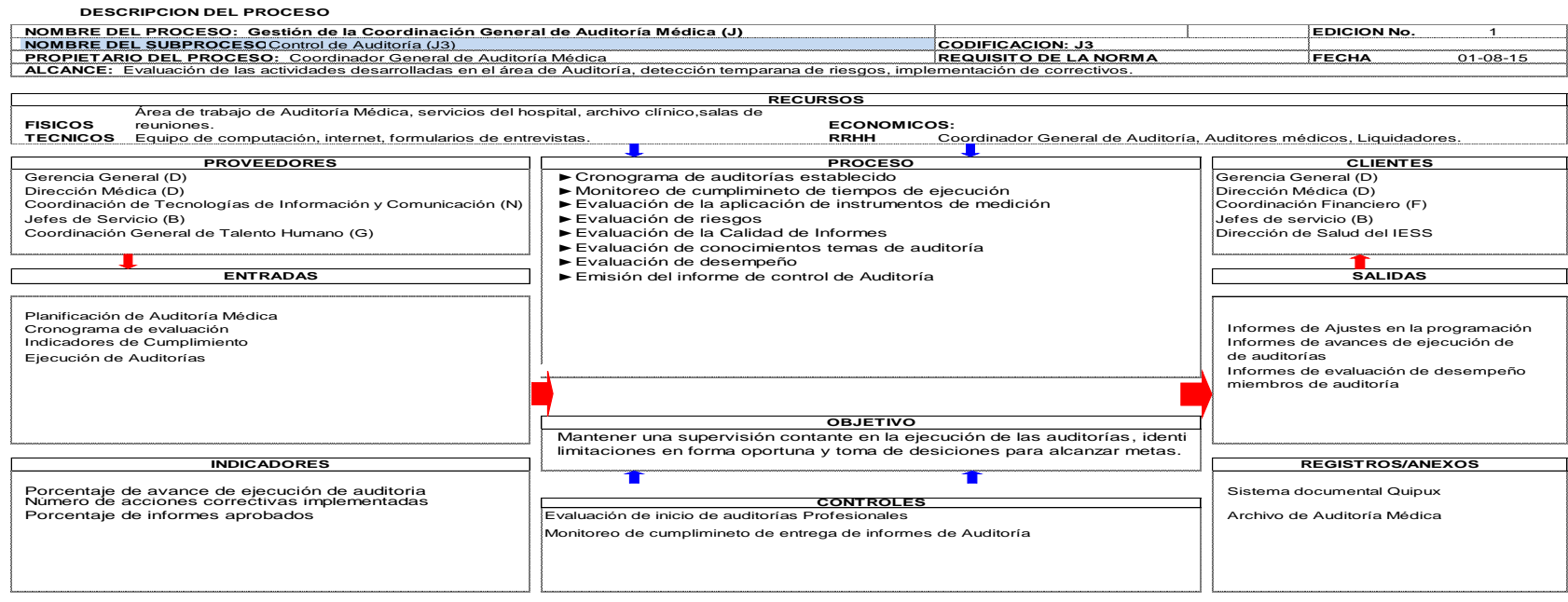



OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica
Caracterización	CÓDIGO: J.3


Proceso: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J)

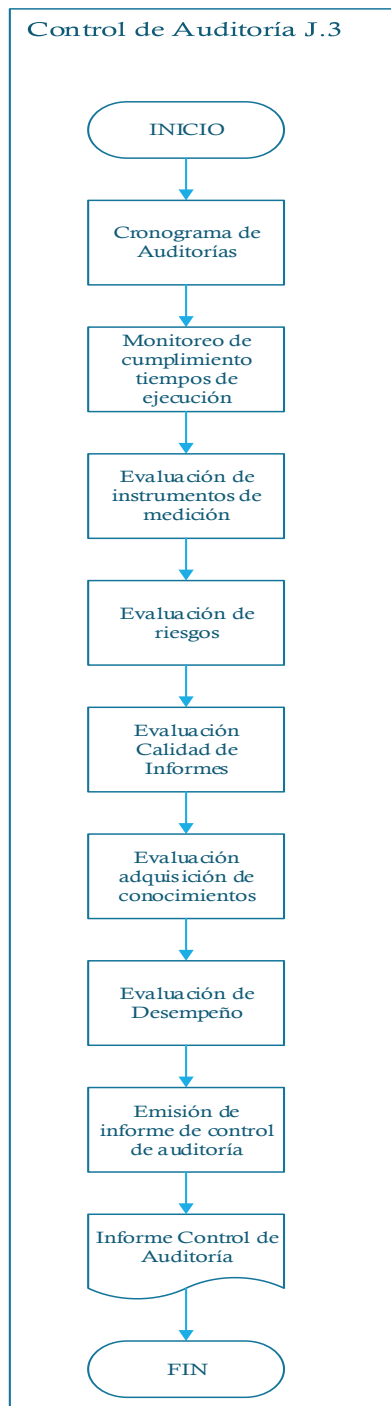
Subproceso: Control de Auditoría (J.3)




	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Descripción de Actividades	CÓDIGO: J.3

PROCESO: Gestión de la Coordinación General de Auditoría Médica (J) SUBPROCESO: Control de Auditoría (J.3)				
No.	ACTIVIDAD	ENTIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
1	Cronograma de auditorías establecido	Coordinación General de Auditoría Médica	Vigilar que las actividades de la unidad de auditoría se ajusten a lo programado en la planificación.	Coordinador General de Auditoría Médica
2	Monitoreo de cumplimiento de tiempos de ejecución	Coordinación General de Auditoría Médica	Medición periódica del cumplimiento de fechas, tiempos de ejecución, entrega puntual de informes.	Coordinador General de Auditoría Médica
3	Evaluación de la aplicación de instrumentos de medición	Coordinación General de Auditoría Médica	Validar si los instrumentos que se aplican en la auditoría son acordes a las mediciones, hacer las correcciones requeridas	Coordinador General de Auditoría Médica/ Jefe de Auditoría Médica
4	Evaluación de riesgos	Coordinación General de Auditoría Médica	Medición de los problemas que se presenten y que podrían poner en riesgo las actividades, el cumplimiento de los cronogramas o retrasos en los tiempos de ejecución.	Coordinador General de Auditoría Médica
6	Evaluación de la Calidad de Informes	Coordinación General de Auditoría Médica	Supervisar y calificar la calidad de informes que se realizan en la unidad de auditoría, realizar correcciones o reprocesos.	Coordinador General de Auditoría Médica/ Jefe de Auditoría Médica
8	Evaluación de conocimientos temas de auditoría	Coordinación General de Auditoría Médica	Medición de conocimientos adquiridos durante las capacitaciones efectuadas en el área de auditoría.	Coordinador General de Auditoría Médica
10	Evaluación de desempeño	Coordinación General de Auditoría Médica	Medición del desempeño profesional efectuado en el área de auditoría	Coordinador General de Auditoría Médica
11	Emisión del informe de control de Auditoría	Coordinación General de Auditoría Médica	Redactar el informe de cumplimiento de cronograma planificado, incluye problemas en la ejecución, evaluación de desempeño del área de auditoría.	Coordinador General de Auditoría Médica

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Representación gráfica	CÓDIGO: J.3



	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.3

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J3-001
SUBPROCESO	Control de Auditoría (J3)		
RESPONSABLE	Coordinador General de Auditoría Médica		
INDICADOR	Porcentaje de avance de auditoría.		

FORMA DE CÁLCULO

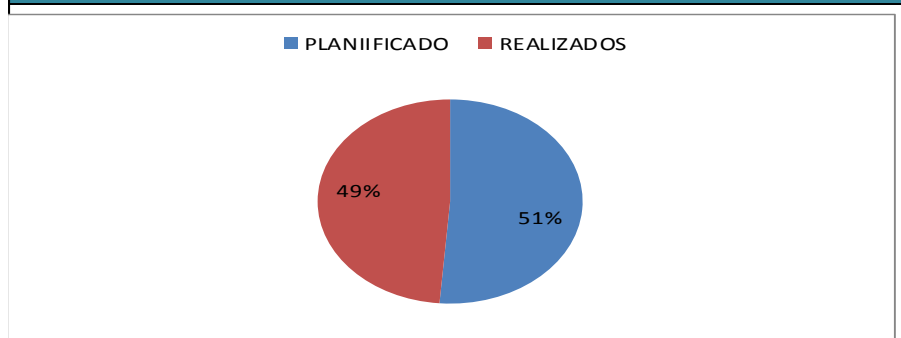
$$\left(\frac{\text{Número de ítems de Auditoría Médica terminados}}{\text{Número total de ítems planificadas en las Auditorías Médicas}} \right) * 100$$

DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de avance en la ejecución de las Auditorías planificadas
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Instrumento de Recolección de datos

METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
-------	-----------------------	------------	--------------------


L.I	Aceptable	L.S	Tener un 80% de Avance de las Auditorías	SEMESTRAL	Porcentaje
80%	90%	100%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.3

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J3-002
SUBPROCESO	Control de Auditoría (J3)		
RESPONSABLE	Coordinador General de Auditoría Médica		
INDICADOR	Número de acciones correctivas implementadas		

FORMA DE CÁLCULO

Conteo de correcciones implementadas durante la ejecución de las auditorías

DEFINICIÓN	Indica el número de ajustes efectuados para cumplir con las metas planteadas
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Instrumento de Recolección de datos

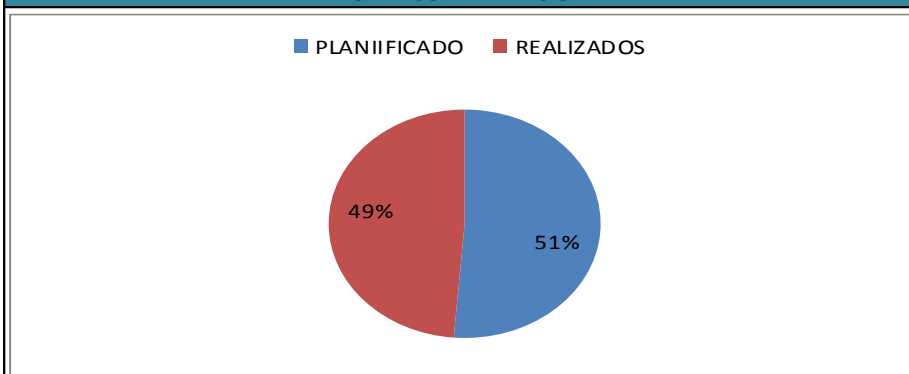
METAS

RESULTADO PLANIFICADO FRECUENCIA


UNIDAD DE MEDICIÓN

L.I	Aceptable	L.S			
0%	0%	0%		TRIMESTRAL	Número

GRÁFICO DE MEDICIÓN



OBSERVACIONES

	Manual de Procesos Coordinación General de Auditoría Médica	
	Indicadores	CÓDIGO: J.3

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

PROCESO	Auditoría Médica (J)	Cód. Ficha:	J3-003
SUBPROCESO	Control de Auditoría (J3)		
RESPONSABLE	Coordinador General de Auditoría Médica		
INDICADOR	Porcentaje de informes aprobados		

FORMA DE CÁLCULO

$$\left(\frac{\text{Número de informes de Auditoría Médica aprobados}}{\text{Número total de informes Auditorías Médicas presentadas}} \right) * 100$$

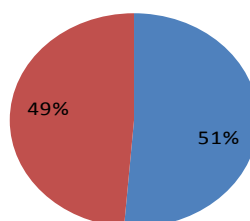
DEFINICIÓN	Indica el porcentaje de informes de Auditorías aprobadas sin necesidad de reprocesos
FUENTE DE INFORMACIÓN	Archivos de la Coordinación General de Auditoría Médica, Sistema documental Quipux, Instrumento de Recolección de datos

METAS	RESULTADO PLANIFICADO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDICIÓN
-------	-----------------------	------------	--------------------

L.I	Aceptable	L.S	Tener un 95% de Informes Aprobados	TRIMESTRAL	
90%	95%	100%			

GRÁFICO DE MEDICIÓN

■ PLANIFICADO ■ REALIZADOS



OBSERVACIONES

5.14 Cuadro de Indicadores

CUADRO DE INDICADORES COORDINACIÓN GENERAL DE AUDITORÍA MÉDICA						
Proceso	Nombre del Descriptor	Definición	Unidad de Medida	Fórmula de Operación	Meta	Responsable de Medición
PRODUCTIVIDAD PLANIFICACIÓN	Porcentaje de capacitaciones realizadas	Mide el porcentaje de cumplimiento de las capacitaciones planificadas para el año en curso	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de capacitaciones ejecutadas}}{\text{Total de Capacitaciones Planificadas}} \right) * 100$	Cumplimiento \geq 95%	Coordinador General de Auditoría Médica
	Porcentaje de Áreas Hospitalarias Evaluadas	Porcentaje de áreas en que se realizó procesos de auditoría médicas según lo planificado	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de áreas hospitalarias evaluadas}}{\text{Total de áreas hospitalarias planificadas}} \right) * 100$	Cumplimiento \geq 95%	Coordinador General de Auditoría Médica
	Porcentaje de cumplimiento del plan anual	Mide el porcentaje de cumplimiento de la planificación anual	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de actividades cumplidas según la planificación}}{\text{Total de actividades planificadas}} \right) * 100$	Cumplimiento \geq 95%	Coordinador General de Auditoría Médica
PRODUCTIVIDAD EJECUCIÓN DE AUDITORÍA	Porcentaje de Auditorías Médicas Entregadas	Indica el porcentaje de informes de Auditoría Entregados según la planificación	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de Informes de Auditoría Médica entregadas}}{\text{Número total de Auditorías Médicas Planificadas}} \right) * 100$	Cumplimiento \geq 90%	Coordinador General de Auditoría Médica
	Tiempo de ejecución de Auditoría	de la auditoría hasta el momento en que se entrega el informe final de auditoría.	Número	Tiempo en días transcurridos en la ejecución de la Auditoría	Tiempo \leq 60 días	Coordinador General de Auditoría Médica
	Porcentaje de errores en la planilla de facturación	Indica el porcentaje de ítems con errores en la planilla de facturación	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de ítems con errores de la Planilla de Facturación}}{\text{Número total de ítems de la planilla de Facturación}} \right) * 100$	Rechazo \leq 5%	Coordinador General de Auditoría Médica
	Porcentaje de variación de la facturación	Señala el comportamiento de la facturación luego de la auditoría. Este valor puede señalar un	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Valor total planilla recibida} - \text{Valor total planilla entregada}}{\text{Valor total planilla recibida}} \right) * 100$	Variación del 3%	Coordinador General de Auditoría Médica
	Porcentaje de avance de auditoría.	Indica el porcentaje de avance en la ejecución de las Auditorías planificadas	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de ítems de Auditoría Médica terminados}}{\text{Número total de ítems planificadas en las Auditorías Médicas}} \right) * 100$	Avance \geq 90%	Coordinador General de Auditoría Médica
CONTROL DE AUDITORIA	Porcentaje de avance de auditoría.	Indica el porcentaje de avance en la ejecución de las Auditorías planificadas	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de ítems de Auditoría Médica terminados}}{\text{Número total de ítems planificadas en las Auditorías Médicas}} \right) * 100$	Avance \geq 80%	Coordinador General de Auditoría Médica
	Número de acciones correctivas implementadas	Indica el número de ajustes efectuados para cumplir con las metas planteadas	Número	Conteo de correcciones implementadas durante la ejecución de las auditorías	No aplica	Coordinador General de Auditoría Médica
	Porcentaje de informes aprobados	Indica el porcentaje de informes de Auditorías aprobadas sin necesidad de reprocesos	Porcentaje	$\left(\frac{\text{Número de informes de Auditoría Médica aprobados}}{\text{Número total de informes Auditorías Médicas presentadas}} \right) * 100$	Cumplimiento \geq 95%	Coordinador General de Auditoría Médica

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Este trabajo sirvió para señalar las necesidades y debilidades de la Coordinación de Auditoría Médica.
- Se pudo evidenciar que dentro de la gestión de la Coordinación se ha dado mayor importancia y ejecución a la Auditoría Profesional dejando en menor medida a la Auditoría Hospitalaria o de Calidad y a la Auditoría Administrativa Financiera.
- En el Hospital Carlos Andrade Marín, se evidenció que los médicos sí tienen noción del trabajo que debería desarrollar la Coordinación de Auditoría Médica.
- Se evidenció que es beneficioso tener mecanismos de control dentro de las instituciones de salud que mejoren la calidad y seguridad de la atención hospitalaria.
- No se pudo evidenciar la existencia de estudios de costos de la calidad en nuestro medio, por lo que no se puede saber en qué proporción la mala calidad afecta al desempeño del hospital.
- Se pudo evidenciar que el índice de valor agregado de la Coordinación General de Auditoría Médica está por debajo del 75% y que por lo tanto requiere de un proceso de mejora.
- Este estudio demostró que es necesario la implementación de procesos dentro de la Coordinación General de Auditoría Médica

5.2. Recomendaciones

- Los procesos desarrollados en este trabajo de investigación deberían ser implementados en la Coordinación General de Auditoría Médica para sustentar y afianzar su gestión.

- Se recomienda implementar la estructura orgánica expuesta en este trabajo con el fin de poder abarcar todos los tipos de auditoría de manera eficiente y eficaz.
- Luego de la implementación se recomienda realizar una autoevaluación anual de los procesos, a fin de poder comprar resultados.
- La Coordinación General de Auditoría Médica debería enfocar su trabajo en establecer mecanismos de mejora de calidad a fin de reducir costos de atención, mejorar la seguridad del paciente lo que generaría un alto beneficio para el Hospital.
- Se considera necesario implementar estudios que comparen el costo de la calidad con el costo de la no calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, S. (Agosto de 2011). *Auditoría Médica*. Recuperado el 09 de Noviembre de 2015, de <http://comam.org.mx/biblioteca/au-medica-presentacion.pdf>
- Arango, L., Rodriguez, C., & López, R. (23 de Marzo de 2010). *Cálculo de los costos de calidad y no calidad en empresas de salud y creación de un sistema de medición*. Recuperado el 29 de Agosto de 2015, de REVISTA CIFE 16: file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-CalculoDeLosCostosDeCalidadYNoCalidadEnEmpresasDeS-5061197.pdf
- Aurora Viejo, L. E. (2009). *Desde el Laboratorio a la Clínica Hemoderivados*. Madrid.
- Beltrán et al. (15 de Septiembre de 2002). *Guía para una gestión basada en procesos*. Andalucía, España: Berenkintza.
- Bernal, C. (2006). *Metología de la investigación*. México: Perarson Educaciòn.
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. En *Metodología de la investigación* (págs. 113-114). Bogotá: Pearson Educación de Colombia Ltda.
- Betancur. (2011). *Gerencia del Cuidado Hospitalario*. Bogotá: Ecoe.
- Blanco, S. (19 de noviembre de 2007). *Auditoría Médica*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2014, de auditoria-medica.blogspot: <http://www.slideshare.net/GWIP/am-19-nov07-bis?related=1>
- Blanco, S. (19 de Noviembre de 2007). *Auditoría Médica*. Recuperado el 24 de Noviembre de 2014, de auditoria-medica.blogspot: <http://www.slideshare.net/GWIP/am-19-nov07-bis?related=1>
- Ceriani, J. (2010). *Manual de Procedimientos en Neonatología*. Buenos Aires: Panamericana.
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito: Registro Oficial 449.
- Escobar, F. R. (2014). *Auditoría Médica Introducción y Aplicaciones*. Quito, Pichicnha, Ecuador.
- Escudero, C. H. (2013). *Manual de auditoría médica*. Buenos Aires: Dunken.
- Fernández, J. (2010). *Gestión por Procesos*. España: HESIC.

- HCAM. (2014). *Plan Médico Funcional*. Recuperado el 13 de Agosto de 2015, de <http://hcamweb.iess.gob.ec/www/images/Plan%20Medico%20Funcional%20HCAM.pdf>
- HCAM. (2015). Recuperado el 25 de Julio de 2015, de Hospital Carlos Andrade Marín: <http://hcam.iess.gob.ec/>
- Hospital Carlos Andrade Marín. (2011). HCAM Un Hospital Amigable. En HCAM. Quito: HCAM.
- Hospital Carlos Andrade Marín. (2014). *Plan Médico Funcional*. Obtenido de <http://hcamweb.iess.gob.ec/www/images/Plan%20Medico%20Funcional%20HCAM.pdf>
- IESS Resolución 468. (2014). *Reglamento Interno para la creación de la nueva estructura orgánica de las Unidades Médicas*. Quito: Registro Oficial.
- IESS RESOLUCION 468. (2014). *Reglamento Iterno para la creación de la nueva estructura orgánica de la Unidades Médicas de Nivel III del IESS*. Quito: Registro Oficial.
- Instituto de Seguridad Social. (30 de noviembre de 2001). Ley de seguridad. Quito, Pichincha, Ecuador: IESS.
- Instituto ecuatoriano de seguridad social. (30 de Noviembre de 2001). Ley de seguridad. Quito, Pichicnha, Ecuador: IESS.
- Landa, C. (2010). *Determinación de las competencias*. Camagüey: Universidad de Camagüey.
- Lengua Española, D. (2005). *Wordreference*. Recuperado el 29 de marzo de 2015, de Wordreference: <http://www.wordreference.com/definicion/pertinencia>
- Ley Orgánica de Salud del Ecuador. (2006). Quito: Registro oficial Nro.423.
- Malagòn Londoño, G. R. (2003). *Auditoria en Salud*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Malagòn, G. (2013). *Administración Hospitalaria*. Bogotá: Médica Panamericana.
- Mejía, B. (2007). *Gerencia de Procesos para la Organización y Control Interno de Empresas de Salud*. Bogotá, Colombia: Ecoe.
- Mejía, B. (2012). *Auditoría médica*. Bogotá: Ecoe.
- Ministerio de Protección Social, Colombia. (2007). *Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

- Ministerio de Salud Perú. (2005). *Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud*. Recuperado el 28 de 11 de 2014, de Dirección General de Salud de las Personas:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/Auditoria/NT_Auditoria_029_MINSA_DGSP.pdf
- Ministerio de Salud Perú. (2005). *Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud*. Obtenido de Dirección General de salud de personas:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2006/Auditoria/NT_Auditoria_029_MINSA_DGSP.pdf
- Mojica, F. (2004). *Ejercicio de Prospectiva en la Región de Cundinamarca*. Bogotá.
- Osorio, G., Sayes, N., Fernández, L., & Poblete, D. (Febrero de 2002). Auditoría Médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Revista Médica de Chile*, 1-2.
- Pepper, S. (Mayo de 2011). *Acreditación de prestadores institucionales en Chile*. Recuperado el 05 de Febrero de 2015, de Medwave:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES03-A/5032>
- Pérez Fernandez de Velasco, J. A. (2004). *Gestión por procesos*. México D.F.: alfaomega.
- Pèrez, C. (2011). Soporte Nutricional en el paciente oncológico. Zaragoza.
- Pèrez, J. (2002). *Investigación Cualitativa Retos e interrogantes*. Madrid : La Muralla.
- Pérez, J. A. (2004). *Gestión por Porcesos*. Madrid: ESIC.
- Piscoya, J. (2000). *Calidad de la atención de salud a través de la auditoría médica*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
- Piscoya, J. (2000). *Calidad de la Atención en salud a través de la Auditoría Médica*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Polo, V. H. (07 de Mayo de 2015). *Auditoría de terreno*. Recuperado el 05 de Agosto de 2015, de <https://prezi.com/cfngf0dobacb/auditoria-de-terreno/>
- Resolución Ministerial, Perú. (23 de Octubre de 2007). Directiva Administrativa para el Proceso de Auditoría de Caso de la Calidad de la Atención en Salud. Lima, Perú: Dirección General de Salud de las Personas.
- Ríos, S. (1995). *Modelización*. Recuperado el 05 de Febrero de 2015, de <http://www6.uniovi.es/~feli/CursoMDT/Tema1/Page1.html>

- Rodríguez, A. (2006). *Garantía de la calidad en salud*. Villahermosa.
- Romero, C., & Tamayo, J. (2007). *Costos de la No Calidad*. Recuperado el 2015 de Agosto de 2015, de Universidad CES:
file:///C:/Users/user/Documents/ESPE/TESIS/RESPALDO%20CIEN%C3%8DFICO/costos_no_calidad.pdf
- Sánchez, M. (2005). *Manual de Trabajo social*. México: Plaza y Valdés.
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2014). *Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos*.
- Senplades. (2013). Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. En S. N. Senplades, *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017* (págs. 136-144). Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – Senplades.
- Temes, J. L. (2006). *Gestión de Procesos Asistenciales: Aplicación Práctica*. España: McGraw-Hill.
- WebProfit Ltda. (Marzo de 2003). *Qué es el proceso administrativo?* Recuperado el 05 de Febrero de 2015, de GestioPolis:
<http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/ger/53/procesoadmin.htm>

ANEXOS