

**CONDICIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL
LOCAL DE SANTA ROSA Y ESTRATEGIAS DE AUDITORIA Y
MEJORAMIENTO.**

MARIA VICTORIA VILLALOBOS RAMÍREZ.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

POSTGRADO DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

CARTAGENA-BOLÍVAR

2008.

**CONDICIONES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL
LOCAL DE SANTA ROSA Y ESTRATEGIAS DE AUDITORIA Y
MEJORAMIENTO.**

MARIA VICTORIA VILLALOBOS RAMÍREZ.

**TRABAJO DE GRADO O MONOGRAFÍA, PRESENTADO PARA OPTAR EL
TITULO DE ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD.**

COORDINADOR DE POSTGRADOS

JAIRO DUQUE RAMÍREZ.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

POSTGRADO DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD.

CARTAGENA-BOLÍVAR

2008

Nota de Aceptación.

Firma del Presidente del jurado.

Firma del Jurado.

Firma del Jurado.

Ciudad y Fecha.

	Pagina
0. Introducción	10
0.1 Propuesta de investigación	10
0.2 Identificación del problema	12
0.3 objetivo	15
0.3.1. Objetivo general	15
0.3.2. Objetivos Específicos	16
0.4. Justificación	18
0.4.1. De las Auditorias de los Servicios de Salud	18
0.4.2. De la Auditoria Medica	20
1. Reseña histórica del Hospital Local Santa Rosa de Lima	22
1.1. Características generales del Hospital local Santa rosa de lima.	23
1.2. Organigrama del hospital	25
1.2.1. Gerencia	25
1.2.2 Administración	25
1.3. Características de los servicios que se prestan.	26
1.3.1. Servicios de Salud Habilitados.	26

1.4.	Cobertura de los servicios.	27
1.4.1.	Fortalezas y Debilidades.	27
1.5.	Diseño metodológico.	30
1.5.1.	Mortalidad en el Municipio Santa Rosa de lima 2008.	30
2.	Marco Teórico	32
2.1.	Antecedentes históricos.	34
2.2.	Misión.	37
2.3.	Visión	37
2.4.	Valores.	38
2.5.	Marco legal.	40
3.	Modalidades de auditoria a aplicar en el Hospital Local santa Rosa de lima.	42
4.	Idoneidad de los auditores.	44
5.	Niveles de operación de la auditoria.	46
5.1.	Autocontrol.	46
5.2.	Auditoria Interna.	46
5.3.	Auditoria Externa.	47
6.	Tipos de acciones a emprender en el modelo de auditoria del Hospital Local Santa Rosa de Lima.	48
6.1.	Acciones preventivas.	48
6.2.	Acciones de seguimiento.	48
6.3.	Acciones coyunturales.	49

7.	Diseño de las estrategias de auditoria para el	50
	Mejoramiento de la calidad de atención en salud.	
7.1.1.	Sistema de referencia.	51
7.1.2.	Auditoria de servicios de salud.	51
7.1.3.	Atención al usuario.	51
7.1.4.	Sistema de información.	52
7.2.	Procesos Administrativos Prioritarios a nivel de	53
	atención de la Salud.	
7.2.1.	Habilitación.	53
7.2.2.	Evaluación de la prestación de Servicios.	53
7.2.3.	Sistemas de información.	53
7.2.4.	Atención al Usuario.	54
7.3.	Procesos asistenciales prioritarios a nivel de atención	54
	de la Salud.	
7.3.1.	Citas Médicas.	54
7.3.2.	Historias Clínicas.	55
7.3.3.	Atención en Consulta Externa	55
7.3.4.	Atención en Apoyo Diagnostico.	55
7.3.5.	Atención en apoyo Terapéutico.	55
8.	Estandarización de los procesos prioritarios.	56
9.	Indicadores de gestión.	58
10.	Estrategias de Despliegue de las Estrategias de	61
	Auditoria.	

11.	Estrategias de Auditoria de servicios de Salud.	62
11.1.	Propósitos de las estrategias de Auditoria de servicios de Salud.	62
11.2.	Principios de la Auditoria de servicios para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.	62
12.	Características del entorno.	67
12.1.	Características del contexto.	67
12.2.	Características de la Demanda.	67
12.3.	Características de la Oferta.	68
12.4.	Características del Proceso.	68
12.5.	Características resultado.	69
12.6.	Características del Impacto.	69
13.	Modalidades de aplicación de la Auditoria de servicios de Salud.	71
13.1.	Auditoria medica directa.	71
13.2.	Auditoria medica indirecta.	72
13.3.	Auditoria de Registros.	72
13.4.	Control integrado de la gestión.	73
14.	Posesos y procedimientos de Auditoria del Sistema Obligatorio.	75
14.1.	Control sobre la Habilitación.	75
14.2.	Inspección de servicios de salud.	76

14.3.	Evaluación de la suficiencia de Servicios prestados por la Institución.	78
14.4.	Evaluación de la Calidad de Atención Asistencial.	79
14.5.	Evaluación de los Costos de Formulación.	81
14.6.	Evaluación de las historias clínicas.	83
14.7.	Atención de Queja por presunta mala Práctica.	92
14.8.	Evaluación de tiempos de espera y oportunidad en los Servicios.	101
14.9.	Evaluación de los Servicios de Promoción y Prevención.	107
14.10.	Evaluación de la Calidad de Referencia.	109
14.11.	Evaluación de los Servicios Médicos-Asistenciales del Hospital Local Santa Rosa de Lima.	111
14.12.	Evaluación del rendimiento Medico.	111
14.13.	Evaluación del Rendimiento Odontológico y Fisioterapéutico.	114
14.14.	Evaluación de Satisfacción de los Usuarios.	116
15.	Como realizar la formulación , Ejecución y evaluación del plan de mejoramiento.	120
15.1.	Propósito de la guía.	120
15.2.	Que es un Plan de –mejoramiento.	120
15.3.	Preparación para la formulación del Plan.	121

15.4.	Capacitación del Equipo de mejoramiento.	121
15.5.	Formulación del Plan de mejoramiento.	123
15.6.	Seguimiento del plan de mejoramiento.	124
	Conclusiones.	126
	Bibliografía.	127
	Anexos.	129
	Anexo A Cobertura de los Afiliados por las EPSs	130
	Anexo B Población total de Santa Rosa de Lima.	131
	Anexo C Morbilidad por eventos de notificación obligatoria.	132
	Anexo D. Morbilidad en la sala de urgencias en el Hospital Local Santa Rosa de Lima.	133

0. INTRODUCCION.

0.1. PROPUESTA DE INVESTIGACION.

La preocupación que genera el poder ofrecer un servicio con cero errores que proporcione la satisfacción total del cliente tanto interno como externo, reduciendo costos y con racionalidad técnico científica , ha obligado a realizar en las diferentes Empresas Sociales del estado como el hospital local santa rosa de lima, las acciones de Auditoria Médica , y acorde con la gran reforma en el sector de la salud que produjo la Ley 100 de 1993., la cual conlleva la obligatoriedad de la Auditoria Médica para las institución del sector.

En las empresas sociales del estado, el servicio médico es el servicio básico por lo cual debe enmarcarse en una cultura de la calidad, teniendo en cuenta estructuras y procesos, de los que se derivan resultados del que hacer profesional.

La Auditoria es uno de los procesos que tiene como fin ultimo elevar la calidad de los servicios de salud; es un medio, un vehículo, que permite conocer los diversos autores de los procesos asistenciales y controlar que cumplan con los objetivos, normas y procedimientos establecidos.

Cada Institución debe ser mirada como una situación particular, puesto que tiene una historia, unas circunstancias, y un entorno que la determinan, por lo cual la E.S.E desarrollará estrategias de Auditoria propias, distintas e innovadoras pero

todas dentro de los contextos establecidos por las leyes.

La Auditoría es un campo novedoso, de grandes posibilidades de desarrollo, y por lo tanto cada día irá ampliándose su actuación, por esa razón no podemos concluir que con este trabajo de investigación que todo esté dicho.

Este trabajo es una aproximación que busca estimular a los profesionales de la salud a emprender nuevas líneas de acción que permitan cumplir en un tiempo no muy largo con el objetivo más importante de una Empresa social del estado, el cual es brindar un servicio de excelencia que mejore la calidad de vida de nuestros usuarios.

La entrada en vigencia del decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS, se hace necesario la elaboración de este trabajo, como herramienta base del funcionamiento del Sistema de Auditoría de la entidad

0.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Una de las causas primordiales identificadas por el Gobierno nacional es la elevada carga prestacional y por lo tanto, la solución es el reordenamiento institucional de los hospitales con los costos sociales y financieros que ello implica. Sin embargo, el origen de esta problemática es multifactorial y no depende únicamente de las plantas de personal de los hospitales. Aunque este trabajo no pretende describir todas las causas, de los hospitales en general, mencionare las que afectan la gestión del HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA:

- Un factor determinante que incide en la crisis financiera es el incremento sostenido de la cartera morosa que presenta la ESE. La red pública de prestadores de servicios de salud, invierte recursos para la atención de los pacientes en el pago de médicos generales y administrativos, insumos como medicamentos y material médico quirúrgico y mantenimiento de equipos, entre otros, sin obtener un pago oportuno.
- Adicionando a estos problemas se nos presenta también en la planta de personal del hospital debido a su naturaleza pública se ven afectada por el fenómeno del clientelismo, pues se encuentran funcionarios en todos los niveles, sin perfiles adecuados que garanticen eficiencia y eficacia en el desarrollo de las funciones, hecho que, en el modelo de competencia con el sector privado representa una seria desventaja.

- Desde el punto de vista de gestión, el hospital se ve afectado por la carencia de apropiados sistemas de información, pues la ESE no cuenta con herramientas de informáticas para funciones vitales que por el volumen ameritan la sistematización, generando reproceso y sobrecostos innecesarios.
- El continuo déficit de la ESE ha originado una desventaja competitiva y un atraso tecnológico frente al sector privado, por la inexistencia de recursos para inversión en equipo médico científico y mantenimiento de la edificación y equipos existentes.
- Otro de los aspectos a analizar en los hospitales públicos es la gestión de adquisición de insumos, según el estudio auspiciado por la Secretaría de salud departamental, demuestra que con frecuencia se presume que de determinados contratos. Dicho estudio señala que «...sólo 34% de existen conductas irregulares por denuncias e investigaciones al respecto en los medios de comunicación. Las denuncias van desde la adquisición de insumos de mala calidad o en cantidades exageradas hasta la aceptación de regalos y pagos informales por selección las adquisiciones se hicieron a precios iguales o inferiores a los precios de referencia, 22% se realizaron con sobrepuestos de hasta 10%, otro 22% con sobrepuestos entre 11% y 50%, 8% a precios mayores entre 51% y 100% a los precios de referencia; y, finalmente, 14% con sobrepuestos de más de 100%.»

Lo anterior obedece a que el país no cuenta con un sistema de información único de precios de medicamentos y material médico quirúrgico, además muchos hospitales ni siquiera disponen de los elementos mínimos para manejar la adquisición de insumos.

Ante esta situación, la respuesta gubernamental depende de las políticas del gobernante de turno, pues mientras algunas autoridades nacionales, distritales, departamentales o municipales financian los déficit otros reestructuran o cierran los hospitales públicos.

0.3 OBJETIVOS

0.3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar las condiciones de prestación de servicios de salud del hospital local santa rosa de lima que pretende lograr y mantener excelentes niveles de Calidad en la atención en los servicios de salud brindados a los usuarios mediante el seguimiento, la evaluación, la identificación de áreas críticas y el planteamiento de soluciones, promoviendo una cultura del mejoramiento continuo de la calidad.

O.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Velar por que se preserven los derechos de los pacientes, incluidos entre otros, el derecho a la salud, a la vida, a la intimidad y privacidad
- ✓ Lograr la racionalización de los recursos, buscando el máximo rendimiento y productividad a costos razonables en términos de calidad
- ✓ Velar por un adecuado manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Evaluar permanentemente el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios
- ✓ Comprometer la participación de todos los grupos de profesionales en la prestación de la atención de salud
- ✓ Lograr que los resultados de la Auditoria sean comprendidos y aceptados por todos los responsables de la atención en salud.
- ✓ Evaluar la calidad de la atención de la salud.
- ✓ Evaluar la calidad de las historias clínicas y los registros clínicos en general.

0.4 JUSTIFICACIÓN

0.4.1. DE LAS AUDITORIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Este trabajo es un instrumento que le permite al HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA, evaluar y mejorar las condiciones tanto en estructura, como en proceso y resultado, buscando condiciones óptimas en la prestación de los servicios de salud para nuestros usuarios.

Permite organizar al interior de la institución todos los requerimientos solicitados por los entes de vigilancia y control como requisitos mínimos establecidos para la prestación de servicios, contribuyendo de manera eficaz en el proceso de mejoramiento continuo.

Las necesidades de salud en la comunidad son altas y los recursos son escasos, por lo tanto se hace necesario evaluar, para posteriormente planificar y de esta forma incrementar la racionalización y optimización de los recursos existentes.

El desperdicio de los escasos recursos, la ineficiencia causada por la baja capacitación, producen bajos resultados, por ende bajo impacto y baja satisfacción

de los usuarios, ese desperdicio podría haberse destinado a otras actividades y con buenos resultados lo que se conoce como costo social.

El principio de justicia, pretende que todos los actores reciban beneficios justos; pero el problema radica en que todos esperamos más continuamente y damos menos cada vez.

Hay que tener en cuenta que los principios de la seguridad social exigen cobertura universal y servicios de calidad, tanto en su oferta como en su prestación, por esta razón, la Auditoria de los servicios de salud debe realizarse teniendo en cuenta el volumen de servicios de salud, y la inmensa cantidad del gasto institucional y de la comunidad, el inmenso volumen de recursos operacionales, o de funcionamiento período tras período, el volumen de recursos de inversión en edificio y dotaciones

Vale la pena precisar mejor el gasto de la comunidad, que es tan grande o más que el gasto del estado para la salud, la comunidad gasta en incapacidad directa o indirecta, total o limitante, por estar enfermo o por cuidar un enfermo, por descuidar la siembra o la cosecha, por transporte suyo y del acompañante, por gastos de medicamentos, o alimentación suya y del acompañante, por cama acompañante, por muerte temprana, o pérdida de años de productividad.

Hay que tener en cuenta cuanto vale la ineficiencia, cuanto es su costo, cuanto vale el desperdicio de recursos, cuanto vale el impacto y cuanto el costo de la burocracia inefectiva, y cuanto el costo de los contratos innecesarios en una

institución de salud. **En resumidas cuentas, el costo de la no calidad.**

0.4.2. DE LA AUDITORIA MÉDICA.

De acuerdo con la ley 100 de 1993, en sus artículos 227 y 232, la Auditoría médica está incluida dentro del Sistema de Garantía de Calidad y es de obligatoria implementación en los hospitales del estado; se trata de una estrategia de garantía de calidad, adicionalmente útil para el control de los costos institucionales.

De otra parte, es responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud, el velar por la idoneidad de los auditores médicos, de suerte que este proceso se desarrolle por recurso humano calificado.

No obstante, la mayor importancia de la Auditoría Médica no es la obligación legal, sino las necesidades que plantea la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que bajo estos estándares el mercado de la salud propuesto por la ley 100 de 1993, plantea una competencia fundamentada en la calidad de la atención en salud, en la cual tiene especial importancia la Auditoría Médica, siendo la principal acción en materia de calidad de los procesos de la atención.

La acción médica tiene un efecto en la salud y en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, efecto que depende de la persona misma, de la calidad de la

atención, del medio ambiente y de otros factores.

Uno de los factores que puede controlar una entidad, es la calidad de la Atención que presta el profesional de la salud a la comunidad y uno de los mecanismos para llevar a cabo este control es mediante la Auditoria Médica.

El acto médico como proceso sistémico requiere verificar la confiabilidad y la validez de sus métodos y técnicas, para lo cual debe contar con un mecanismo de control propio del sistema y que justamente viene a ser la Auditoria Medica. Bajo esta perspectiva, no solamente se verifica la eficacia que el proceso ha tenido sobre casos específicos, sino que permite el progreso y perfeccionamiento científico de la ciencia medica lo que a su vez favorece la actualización de los profesionales de la salud.

El servicio de salud es por naturaleza costosa y en muchos casos demorado, tanto por la tecnología que utiliza como por el tiempo de restablecimiento de cada patología según la respuesta individual al tratamiento. Sin embargo se busca una racionalidad económica que puede alcanzarse a través de un control y, dentro de E.S.E control juega un papel preponderante la Auditoria Médica.

1. RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

Fue creado en 1968 por el Doctor Armando Mendoza Tuñon bajo la administración de Jesús jama Mendoza se encontraba localizado en la calle media luna barrio el trompo de Santa Rosa de Lima.

Los servicios que se presentaban en el puesto de salud fueron:

Medicina general, medicina preventiva, vacunación, urgencias y odontología.

Los médicos que prestaban sus servicios eran cinco.

El puesto de salud funcionaba 24 horas, atendían partos y contaba con un personal de recursos humanos de aproximadamente de 20 personas.

El puesto de salud antiguo tenía un área aproximadamente de 12 metros de ancho y 20 metros de largo.

En este puesto de salud hoy en día funciona el comando de policía de santa rosa.

1.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA DEL MUNICIPIO DE SANTA ROSA

Entidad:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA
NT:	
Código de prestador:	
Nivel de atención:	1
Naturaleza jurídica de la entidad:	Pública
Carácter de la entidad:	Municipal
Dirección:	
Teléfono:	
E-mail:	
Acto de creación de la ESE:	
Fecha creación ESE:	
Representante Legal:	Carmen Lucía Bohórquez Díaz
Documento de Identidad:	C.C

Acto Administrativo de	Decreto No. De Mayo de 2008
Nombramiento:	
Fecha de posesión:	Mayo de 2008
Vinculación:	Periodo Fijo a cuatro años

- **CONFORMACIÓN JUNTA DIRECTIVA**

(Decreto 1876 de 1994)

SECTOR POLÍTICO ADMINISTRATIVO:

Alcalde Municipal:	Franklin Cabarcas Cabarcas
Presidente J.D.	Fecha posesión: Enero 1º de 2008.
Director Fondo Local de Salud:	Rosiris Torres Vergara
	Fecha posesión: Enero 2 de 2008.
Presidente Delegado (Por Alcalde):	Prudencio Machacón Escamilla
	Fecha de posesión:

SECTOR CIENTÍFICO DE LA SALUD:

Institucional:	Dr. Ricardo García Navas
Externo:	Dra.

SECTOR DE LA COMUNIDAD:

Alianzas de Usuarios:	Marlín Álvarez Maturana
-----------------------	-------------------------

Gremio de la Producción:

Pablo Ortega Serrano

De conformidad con el art. 9 del decreto 1876 de 1994, los miembros de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado respectiva, tendrán un período de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser reelegidos.

1.2. ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

1.2.1 LA GERENCIA.

Se caracteriza porque a través de ella se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional. Se materializa el seguimiento al desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento en el mercado de la prestación de servicios de salud, la aplicación del Sistema de Control Interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la entidad

1.2.2. ADMINISTRACION.

Cumplimiento de las obligaciones laborales y de riesgos profesionales.

DEFINICIÓN

Están relacionadas con el conjunto de procesos orientados a la administración de

los recursos requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud.

1.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN EL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

1.3.1. SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.

Mediante Certificación de la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar certifica el cumplimiento de las condiciones exigidas por el Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1043 de 2006, para la habilitación de los servicios declarados por la E.S.E Hospital Local Santa Rosa de Lima, los siguientes servicios:

Código	Servicio	Modalidad	Complejidad
101	Hospitalización general adulto	Hospitalización	Baja
102	Hospitalización Pediátrica	Hospitalización	Baja
112	Obstetricia	Ambulatoria	Baja
312	Enfermería	Ambulatoria	Baja
328	Consulta Externa de Medicina General	Ambulatoria	Baja
334	Consulta Externa Odontológica	Ambulatoria	Baja
501	Servicio de Urgencias	Ambulatoria	Baja
706	Laboratorio Clínico	Ambulatoria	Baja
711	Fisioterapia	Ambulatoria	Baja

1.4. COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

El hospital depende economicamente de la cancelación del subsidio a la demanda por la venta y facturación de sus servicios, responsable de la factura de los mal llamados «vinculados», que representan mas de la mitad de la población de Santa rosa de lima, de las contrataciones que hace con las EPSs como Mutual ser, Caprecom, Asociación Barrios Unidos del Quibdo, Emdisalud y Comparta. Ver anexo A.

También de la escasa Venta de los servicios a particulares.

1.4.1. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

Fortalezas:

- Se planea la apertura del servicio de hospitalización.
- Ampliación del programa vacunación, para mayor cobertura de la población objeto.

- la ampliación de personal de Recursos Humanos asistencial principalmente médicos, enfermeros profesionales para manejo de los procesos asistencial, rural y administrativo.
- Adquisición de una ambulancia ultimo modelo, con presquisicion legal dotado de todos los insumos para cumplir con el traslado seguro y confiable de los pacientes.

Debilidades:

- Una de las principales problemáticas observables, es la escasez de recursos humanos; principalmente médicos, lo cual de manera directa afecta la atención de los usuarios, aun mas siendo estos de carácter urgente.
- No se suministran medicamentos a los pacientes de urgencias, tocándole a estos el gasto de los insumos requeridos. También podemos notar que la atención de medicina general es muy deficiente por ser demorada.
- El servicio de odontología: no cumple con las normas de bio-seguridad, como por ejemplo no hay abastecimiento de guantes necesarios para atender el número de pacientes citados. El profesional de odontología, no se capacita, con las últimas actualizaciones técnicas en su campo.

- El servicio de laboratorio clínico: no se encuentra dotado con los suficientes reactivos para realizar algunos procedimientos de nivel I, como el urocultivo, la glicemia en ayuna, entre otros.
- La sala de partos, no esta adecuadamente habilitada para atender complicaciones que se puedan presentar durante el trabajo de parto, poniendo en riesgo la salud y vida tanto de la criatura, como de la futura madre.
- Para el cumplimiento y desarrollo de los programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es ineficiente e inoportuno, debido a que los infantes no son atendidos en el horarios establecido, por que el profesional no cumple con su horario de atención estipulado, esto es en el caso del subprograma de crecimiento y desarrollo.
- el subprograma de citología, la entrega de resultado, por ser demorada se hace tediosa para la usuaria.

El hospital se hace cada vez más ineficiente, por no invertir en la capacitación del recurso humano, teniéndose como consecuencia la precaria administración del recurso financiero afectando a si el adecuado funcionamiento de este y de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

A esto se le suma que no existen criterios profesionales para la elección del

personal técnico, administrativo y profesional.

1.5. DISEÑO METODOLOGICO.

San Rosa lima esta conformada por 14.320.000 habitantes aproximadamente esta cifra va en acenso, dedicado un gran porcentaje de esta cifra a la actividades como la Agricultura y al comercio de sus productos en Cartagena. Gran parte de esta población pertenecen al sisben de nivel 1 y 2, donde la gran mayoría esta población es atendida en Hospital.

Nuestra muestra de estudio son los 13.924.000 usuarios que son atendidos en Hospital local Santa Rosa de lima, donde cerca de 8.166.081.000 son subsidiados el restante son vinculados. Ver anexo A.

También tengo interés en mostrar en cifras y causas de mortalidad y Morbilidad ver Anexo C, que son atendidas en el Hospital local santa Rosa de Lima.

1.5.1. MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA, 2008

Hasta lo transcurrido del año 2008 se registraron en totalidad 84 muertes en este municipio, 73 por muerte natural, 8 por violencia y 3 quedaron en estudio,

El 85% de las muertes registradas se presentaron en la zona urbana.

En el análisis de mortalidad por causas, se registraron 10 causas principales de defunciones ver Anexo D. La proporción de mortalidad por causas muestra en primer lugar las defunciones por muerte natural, segundo lugar muerte por causas violentas. Lo anterior nos Preocupa por el cual se fortalecerá la estrategia de disminución de violencia sustancias Psicoactiva.

2. MARCO TEORICO

La Auditoria es la evaluación sistemática de la Calidad, de la racionalidad técnico - científica y de la racionalización de los recursos de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el análisis de la aplicación del conocimiento profesional en la prestación de los servicios de salud. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con la norma técnica - científica y administrativa previamente estipuladas para la atención en salud.

Para tal efecto, podrán ser utilizados diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación, e identificación de problemas y de soluciones en la prestación de los servicios.

De esta definición es importante tomar en consideración el término de Auditoria Médica establecido legalmente, no obstante el sistema plantea la necesidad de desarrollar la Auditoria sobre todo el proceso de la atención, y es la interpretación que se ha dado, para incorporar en la definición.

Así mismo, vale la pena resaltar que dado que existen elementos en materia de la calidad de la prestación, enfocados en su estructura, es importante el énfasis que se haga en los desarrollos en materia de Auditoría Médica en relación con la evaluación de los procesos y resultados de la atención en salud.

Adicionalmente, dado que la Auditoría debe ser un elemento de monitoreo continuo y dada la complejidad que implican todos los procesos incorporados en la prestación de servicios de salud, es mandatorio que el desarrollo de esa Auditoría se haga de manera sistemática, planificada y con procedimientos previamente definidos, y que no se desarrollen unos procesos simplemente reactivos, situación que iría en deterioro del enfoque preventivo y direccionado a mejorar la calidad de los servicios, que debe ser el fundamento de la Auditoría médica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La legislación actual considera que los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad

De la atención de salud son “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación”. Igualmente considera estos procesos como de aplicación obligatoria para entes departamentales, distritales y municipales, así como de su labor y le permita la evaluación de los estándares establecidos

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El desarrollo de la Auditoria Médica se inició a principios de siglo XX en los Estados Unidos, cuando en 1910, el doctor Abraham Flexner reportó la deficiente capacitación de cirujanos en las 165 facultades de medicina existentes, y posteriormente en 1916 se inició la inspección de los hospitales de Estados Unidos y Canadá. En esta inspección, se encontraron faltas graves de organización, disciplina y supervisión dentro del campo médico, además de la inexistencia de reglas para el establecimiento de una revisión sistemática de la clase y calidad de la atención médica prestada, las historias clínicas estaban incompletas, o simplemente no existían.

Los estudios del Dr. Flexner influyeron principalmente en el área de la cirugía dando origen al Colegio Americano de Cirujanos cuyo propósito fundamental fue el de llevar las normas de la profesión para promover las investigaciones y demostrar al público que existían diferencias entre los profesionales honestos y aquellos que solamente operaban con fines comerciales.

En 1948 se originó en Estados Unidos, el programa de Normalización Hospitalaria con el objeto de realizar Auditorias de la Atención profesional por medio del método de análisis de casos individuales.

Históricamente a nivel internacional ha sido motivo de preocupación la vigilancia de la calidad de la asistencia médica, como un problema social y médico organizativo. Por esta razón, la Historia Clínica se ha convertido en un instrumento indispensable en su calidad de relato sobre la completa biografía médica del paciente, que además constituye un documento legal, particularmente en asuntos derivados del ejercicio inadecuado de la profesión.

En Colombia la Auditoria Médica como elemento de Control de Calidad de la prestación de los servicios de salud, es realmente nueva y tiene su origen en los problemas jurídicos que han tenido que enfrentar las diferentes Entidades, por mala practica médica.

A partir del año 2002, y después de un gran auge en las escuelas de formación en Auditoria médica y en otras especialidades administrativas, la legislación colombiana ha otorgado un papel fundamental a la Auditoria médica (y de servicios de salud) dentro de su nuevo modelo de garantía de la Calidad de la Atención en Salud, colocándola como uno de los cuatro grandes componentes del Sistema, representando el vehículo a través del cual lograr una Calidad optima. A través de ella se busca además un mejoramiento continuo de los procesos, que lleve, desde el simple cumplimiento de los requisitos de habilitación hasta los niveles más exigentes para el cumplimiento de los estándares de acreditación.

Es claro el direccionamiento del Ministerio de la Protección Social acerca de la

relevancia del componente de auditoria dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud, y es así como mucho del soporte para el presente trabajo está representado por la guía que ha emitido dicha entidad al respecto.

2.2. MISION

La Auditoria de servicios de salud, es un proceso cuya misión es contribuir al continuo desarrollo y optimización de la calidad humana, técnica y administrativa de los servicios de atención. Mediante la evaluación, análisis y mejoramiento continuo y sistemático de la prestación, enfocado principalmente en su Planeación, organización, coordinación, proceso, resultado e impacto.

Se realiza esta misión con la doble convicción de que se esta aportando a los servidores de salud instrumentos de auto evaluación y autocontrol para su superación personal y profesional, motivando la capacitación y educación continua.

2.3. VISION

Estar posicionados dentro de 3 años como la Empresa Social del estado cuyos procesos administrativos y de prestación de servicios de salud a sus usuarios se encuentren enmarcados por los más altos estándares de Calidad, garantizando así la excelencia a nivel humano, técnico y científico, buscando que la Calidad lograda siempre esté por encima de la Calidad esperada, superando ampliamente las expectativas de nuestros usuarios.

2.4. VALORES

- **CONFIDENCIALIDAD**

Divulgación de resultados únicamente con fines educativos, de mejoramiento o de control.

- **CONFIABILIDAD**

Garantiza la disponibilidad, consistencia y correcta utilización de los datos.

- **HONESTIDAD**

Actúa con discriminación, con veracidad y justicia en todos sus actos, conceptos y recomendaciones.

- **FLEXIBILIDAD**

Adaptable a las condiciones, recursos y necesidades de la entidad.

- **EFICIENCIA**

Busca la mejor aplicación del conocimiento técnico-científico y de talento humano con criterios de oportunidad, calidad y rentabilidad.

- **EFICACIA**

Promueve soluciones dentro de las posibilidades reales de la entidad.

- **CALIDAD**

Orienta soluciones para la mejoría de los patrones que caracterizan la gestión de la entidad.

2.5. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCION DE LA NORMA
Ley No. 100 de 1993	Articulo 227, 232
Decreto No. 1011 del 3 de abril de 2006. CONGRESO	Por al cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto No. 77 del 13 de Enero de 1997. CONGRESO	Por el cual se deroga totalmente el decreto 1917 del 5 de Agosto de 1994 y se reglamenta el titulo VII de la Ley 09 de 1979, en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias para el funcionamiento de los laboratorios clínicos y se dictan otras disposiciones sobre la materia. Ministerio de Salud.
Decreto No. 549 de 2001	Establece el procedimiento para obtención del certificado de Buenas Prácticas de Manufactura
Decreto No. 2676 Diciembre 22 de 2000 CONGRESO	“Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares”.
Decreto No. 677 del 26 de abril de 1995 CONGRESO	Por el cual se establece el régimen de registros y licencias, control y vigilancia, así como el régimen de vigilancia sanitaria.
Resolución No. 3797 del 11	Reglamenta los comités técnico científicos y el

de noviembre de 2004 S.I.S	procedimiento para el recobro
Resolución No. 1995 de julio 8 de 1999 S.I.S	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
Circular externa 09 del 3 de julio de 1996 S.I.S	Establece el trámite de quejas y peticiones

3. MODALIDADES DE AUDITORIA A APLICAR EN EL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA

Los auditores deberán realizar las siguientes **modalidades de Auditoria:**

Auditoria de Procesos: Representada por el Control de Gestión en la E.S.E

Auditoria externa ó de Servicios de Salud (directa).

Incluye auditoria de todos los servicios, incluyendo las actividades de auditoria médica como la auditoria clínica concurrente como la participación en el proceso de Auditoria médica de cuentas, la primera basada en la evaluación directa de la prestación de los servicios y ambas basadas en revisión documental de:

Historias Clínicas

Imágenes diagnósticas: Radiología simple, Escanografía, Resonancia,
etc.

E.C.G y otros apoyos diagnósticos

Registros de Hemoterapia

Certificados: Incapacidades, defunción, natalidad, etc.

Ordenes de referencia y contrarreferencia

Transfusiones etc. epicrisis o resúmenes de Historia clínica

Auditoria de Facturación o Indirecta (Auditoria de cuentas): Análisis de la facturación y evaluación indirecta de algunos aspectos de calidad.

4. IDONEIDAD DE LOS AUDITORES

De acuerdo con lo expuesto en la justificación legal, es de vital importancia que los procesos de Auditoria Medica sean realizados por personal calificado en esta disciplina. En principio se plantean unos requisitos básicos que serán revisados periódicamente en cuanto a la formación de los profesionales que ejerzan la auditoria médica.

Estos requisitos incluirán el liderazgo de un profesional de la salud con conocimientos específicos suficientes en la materia especialmente en aspectos jurídicos y administrativos y que deberá contar con el apoyo del grupo de profesionales de la salud, quienes podrán ejecutar actividades de los procesos de auditoria de servicios de salud que no implican acto médico.

Para los efectos de contratación de Auditores Médicos el perfil de los postulantes deberá ser el siguiente:

Médico con Postgrado en Auditoria, Gerencia en salud, Administración en Salud u otros afines.

Experiencia mínima de 3 años en Auditoria médica de cuentas y/o Auditoria clínica.

Conocimiento y manejo de los Trabajo es Tarifarios, Ley 100 y sus Decretos reglamentarios.

Conocimientos básicos de las formas de contratación en el sector público.

Conocimiento del Sistema de Garantía de la calidad de los Servicios en salud, acorde a la nueva reglamentación.

Experiencia Mínima de 3 años en el área clínica.

Si la auditoria médica es realizada por auditores internos la verificación de los requisitos de los mismos será realizada por la misma entidad.

Para aquellas regiones o zonas donde la oferta del recurso de Auditoria sea muy limitada, el perfil de los postulantes será analizado, con el fin de viabilizar la contratación del recurso.

Si la Auditoria médica es realizada por auditores externos, el contratista deberá asegurar la idoneidad y comprobar el nivel de estudios y los cursos de actualización de los auditores, de acuerdo a los términos que solicite la entidad.

5. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

5.1. AUTOCONTROL

En la Institución el programa estará encaminado a la búsqueda del compromiso total del personal asistencial, logrando que cada funcionario médico o paramédico tenga control sobre su propia gestión, a través de herramientas que brinde nuestro propio Sistema de Calidad como indicadores y estándares de la prestación de los servicios. A través del autocontrol obtendremos mejor rendimiento, mayor oportunidad y menor costo médico derivado de menor costo formulación, menor costo remisión, etc.

5.2. AUDITORIA INTERNA

Es la evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Un auditor médico, desarrollarán las actividades de Auditoria que establezca el programa de Auditoria propio de la Institución. De esa manera habrá control sobre los actos asistenciales

5.3. AUDITORIA EXTERNA

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de Auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de Auditoría de segundo orden. En general busca un control y retroalimentación en la relación con las diferentes EPSs y la E.S.E. Sin embargo, Para la institución esta Auditoría estará representada por los entes reguladores que regularmente llevan a cabo evaluación de la gestión. Es decir, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Secretarías Departamentales, Auditor de calidad regional de las diferentes EPSs, etc.

6. TIPOS DE ACCIONES A EMPRENDER EN EL MODELO DE AUDITORIA DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

Las acciones que se implementarán en la E.S.E Hospital local Santa Rosa de Lima dentro de su modelo de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de Salud serán de tres tipos:

6.1. ACCIONES PREVENTIVAS

Se definen como el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de Auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. Para la E.S.E se trata de la determinación de los PROCESOS CRITICOS para la entidad, así como de sus indicadores.

6.2. ACCIONES DE SEGUIMIENTO

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de Auditoria, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de los servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad. El

Hospital Local Santa Rosa de lima adelantará este tipo de acciones mediante la determinación periódica de los indicadores, a través de los formatos diseñados para tal efecto.

6.3. ACCIONES COYUNTURALES

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de Auditoria, que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de recurrencia.

En la descripción de cada proceso o procedimiento a realizar se determinará el tipo de acciones que implica cada uno.

7. DISEÑO DE LAS ESTRATEGIAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

7.1. DEFINICIÓN DE PROCESOS PRIORITARIOS PARA EL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA

Para la correcta implementación del nuevo sistema de garantía de la calidad de la atención de salud, así como del nuevo modelo de Auditoria del Hospital Local Santa Rosa de Lima , la entidad definió cuales son sus procesos prioritarios, con el fin de determinar las acciones de Auditoria a realizar sobre cada proceso. La subgerencia ha definido los siguientes procesos como críticos y prioritarios para la prestación del servicio, acorde tanto con el tipo de entidad de que se trata, como con la coyuntura actual de la misma y la situación, también actual, de las demás entidades similares dentro del sector. Para cada proceso crítico se han determinado los insumos necesarios para su medición, así como los indicadores resultantes de esos insumos. Al final de la descripción de los procesos críticos se encuentra la tabla con estos insumos e indicadores, así como el origen de la información y la frecuencia de medición.

7.1.1. Sistema de Referencia:

Incide de manera directa sobre la prestación del servicio. Es donde se verifican los derechos de los usuarios y se da paso a la prestación. Allí se coordina el paso de un nivel de complejidad al otro y por ser un momento de verdad con el usuario se determina como prioritario.

7.1.2. Auditoria de Servicios de Salud:

Es la evaluación directa de la atención. Desde allí se pueden generar las primeras objeciones y tomar los primeros correctivos en la prestación de los servicios

7.1.3. Atención al Usuario:

Se refiere al seguimiento que debe mantener la E.S.E a la satisfacción de los usuarios, nuestra razón de ser. No es solo la realización de mediciones eventuales al trámite oportuno de sus inquietudes o solicitudes, sino la medición de la percepción del usuario con respecto a los atributos de Calidad. Se incluye, de acuerdo a las nuevas disposiciones, la creación y organización de la Defensoría del Afiliado, dentro de los términos legales establecidos para ello.

7.1.4. Sistema de Información:

Incluye consolidación de la E.S.E, generación de estadísticas e indicadores de gestión, características de la población, Retroalimentación, etc. La institución deberá organizar e implementar procedimientos básicos informáticos que apoyen adecuadamente los procesos de administración del riesgo y auditoría médica, obteniendo entre otros los siguientes datos:

Seguimiento de tasas de uso.

Elaboración de estadísticas de consumo y de morbi-mortalidad.

Disponibilidad de la infraestructura para la prestación de los servicios de salud.

Evaluación de la calidad de los servicios frente a los estándares. Conocimiento del nivel de satisfacción de los usuarios, con los servicios de salud en aspectos como oportunidad, atención por el personal asistencial y administrativo, percepción de la calidad del servicio.

Con base en lo anteriormente se diseñó y se busca implementar el “**Sistema de Información para el Mejoramiento de la Calidad**” que sirve de apoyo para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (ESTRATEGIAS DE AUDITORIA).

7.2. PROCESOS ADMINISTRATIVOS PRIORITARIOS A NIVEL DE ATENCIÓN DE LA SALUD

7.2.1. Habilitación:

Propender por que los servicios declarados en el Registro Especial de inscripción cumplan con el establecido para tal fin, y buscar la optimización de los servicios que no se hayan podido declarar, pero que se pretendan prestar.

7.2.2. Evaluación de la Prestación de los servicios:

Evaluar la calidad en la prestación de cada servicio tanto a través de los registros clínicos como de las manifestaciones de los usuarios, a través de encuestas o buzones de sugerencias. Igualmente serán evaluados desde el punto de vista de Productividad y rendimiento

7.2.3 Sistema de Información:

La institución debe contar con un Sistema de Organización de datos que le permita conocer a su población atendida con el ánimo de adecuar su oferta de servicios a la demanda de los mismos. Dicho Sistema deberá lograr la

optimización del tiempo invertido en los procesos administrativos de la prestación como las citas médicas y el manejo de las historias clínicas, así como facilitar otros como la Auditoria y la facturación. En la medida en que el Sistema de Información vaya posicionándose como herramienta sólida permitirá la optimización de los recursos asistenciales, así como una prestación más oportuna de la atención.

7.2.4. Atención al Usuario:

Evaluar de manera objetiva, sencilla y real los procesos que adelanta la E.S.E dentro de esta área, midiendo la oportunidad en la solución de conflictos e inquietudes de los usuarios. Igualmente la calidad en sí de las respuestas a los usuarios.

7.3. PROCESOS ASISTENCIALES PRIORITARIOS A NIVEL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

7.3.1 Citas Médicas:

Con el fin de determinar la oportunidad en la asignación de los servicios, mantener control sobre la agenda de cada profesional y controlar el cumplimiento de los usuarios, en la búsqueda por la optimización del recurso humano sin afectar la calidad negativamente.

7.3.2 Historias clínicas:

De tal manera que se de cumplimiento a lo normado en la Resolución 1995 acerca del manejo y cuidado de la historias clínicas, y se puedan realizar mediciones objetivas de la calidad de esta herramienta básica para la prestación de los servicios, por los profesionales del Hospital Local Santa Rosa de Lima.

7.3.3 Atención en Consulta externa:

Deberán ser evaluados entre otros los servicios de Consulta de medicina, fisioterapia y odontología general, Actividades de Promoción y prevención. Serán analizados desde el punto de vista de su oportunidad, satisfacción, eficiencia, etc.

7.3.4 Atención en Apoyo Diagnóstico:

Deberán ser evaluados los servicios de Laboratorio clínico.

7.3.5 Atención en Apoyo Terapéutico:

Deberán ser evaluados los servicios de terapias, etc.

8. ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS

Una vez determinados los procesos prioritarios, se llevara a cabo la estandarización de los correspondientes al aseguramiento, bajo el modelo de “Estandarización Avanzada” que busca otorgar al proceso, entre otras características las siguientes:

- Especificaciones de entrada (Calidad esperada)
- Delimitación precisa de los procedimientos que lo integran y de sus características básicas.
- Valor agregado
- Productos claramente identificables con sentido para el cliente
- Capacidad de Autocontrol

De la misma forma, se estandarizan los procedimientos, buscando:

- Condiciones explícitas de inicio
- Descripción de las Actividades críticas
- Subproductos con sentido para el proceso
- Capacidad de autocontrol

De esta forma se aumenta la probabilidad de obtener resultados previsibles en

procesos repetitivos y de riesgo, lo que a su vez permite:

- Garantizar la satisfacción de las expectativas del cliente
- Mejorar la eficiencia de los procesos disminuyendo el esfuerzo y la necesidad de supervisión
- Garantizar un nivel previsible de eficacia
- Mejorar la efectividad de la Entidad

Esta estandarización de Procesos y procedimientos requiere determinar las necesidades y expectativas del cliente, para lo cual es necesario, en cada proceso, verificar cual es el cliente del mismo así como su perspectiva frente al proceso. Una vez identificados estos factores se desarrollan los indicadores.

9. INDICADORES DE GESTION

Los indicadores correspondientes a la medición de los procesos descritos en el numeral anterior.

Aspectos generales:

Nombre del Indicador

Código

Justificación

Dominio

Definición operacional

Numerador

Denominador

Unidad de medición

Factor

Fórmula de cálculo

Periodicidad

Flujo de información

Modo de reporte

Número de campos aceptados

Validación

Variables

Origen de la información

Fuente primaria

Fuente secundaria

Formato de reporte

Periodicidad de generación de información

Responsable de generación de información

Periodicidad de monitorización

Responsable del monitoreo y obtención de la información

Periodicidad del reporte

Responsable del reporte

Vigilancia y control interno

Vigilancia y control externo

Análisis

Responsable del análisis

Ajuste por riesgo

Consideraciones para el análisis

Tipo de acciones que genera

Umbral de desempeño no aceptable

Estándar meta

Referencias

Bibliografía

Usuarios

Cargo

Dimensión del análisis

Nivel de decisión

Fecha de actualización

10. DESPLIEGUE DE LAS ESTRATEGIAS DE AUDITORIA.

La estrategia de despliegue es el conjunto de lineamientos sinérgicos que permiten alinear los esfuerzos de la organización durante la implantación de la Auditoria.

Para el desencadenamiento y puesta en marcha de las estrategias y actividades que integran el trabajo DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, debe haber un trabajo coordinado de la Entidad alrededor de los objetivos y metas del Programa.

Los componentes básicos de la estrategia de despliegue deben ser:

Políticas Organizacionales: corresponden a las directrices de la alta gerencia que le dan legitimidad a la auditoria.

Acciones de divulgación: es la socialización de las políticas organizacionales.

Programa de entrenamiento del Personal

Modelo de Acompañamiento

Plan de Monitoreo

Una vez implementadas las ESTRATEGIAS DE AUDITORIA requerirá un Monitoreo estrecho y ofrecerá las pautas de mejoramiento que se requieran para cada proceso.

11. ESTRATEGIAS DE AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD

11.1. PROPOSITOS DE LAS ESTRATEGIAS AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD

El propósito de la auditoria de servicios de salud, en un 99%, busca la asesoría, consultoría, educación y capacitación para sus profesionales y usuarios de servicios de salud, para el desarrollo de las personas y a través de ellas a la institución; y un 1% para fiscalizar los recursos de la institución; unos y otros para asegurar, y acreditar la calidad de la oferta y de la prestación de los servicios.

11.2. PRINCIPIOS DE LA AUDITORIA DE SERVICIOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

La Auditoria de servicios se debe realizar bajo los siguientes principios:

- **OBJETIVIDAD**

La Auditoria de Servicios debe realizarse de manera imparcial, sobre los hechos del caso sometido a su análisis.

- **DOCUMENTACION**

El análisis y evaluación que realiza la Auditoria se refiere exclusivamente a los documentos que proporcionan la información sobre la atención en salud, y por tanto se debe aplicar el método de análisis documental. Sin embargo el auditor puede complementar o aclarar la información, con datos que le suministren las personas que se relacionen con el caso objeto de la Auditoria. Así mismo los resultados deben quedar consignados en documentos.

- **PLANEACION**

Se persiguen unos objetivos y se prevén unos aspectos concretos a analizar, que obedecen a una política institucional y a un programa a ejecutar en el tiempo que requiere una asignación determinada de recursos. Es planeada por que responde a el para qué, al cuando, al como y al cuanto se va a auditar.

- **PUBLICIDAD**

Los resultados que se obtengan de la auditoria de servicios son de conocimiento público, observando los principios constitucionales en materia de intimidad y manejo de información.

- **CONTINUIDAD**

La Auditoria de servicios debe ser una actividad permanente y parte integral de los planes y programas institucionales. La auditoria de servicios no debe obedecer a casos fortuitos, como muerte o daño al paciente o derivada de casos judiciales, conflictos, sino que debe ser una tarea de rutina, propia de una entidad.

- **AUTONOMIA DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

La auditoria de servicios se ejercerá sin perjuicio de la autonomía en la prestación de los servicios por parte de las respectivas personas jurídicas o naturales.

- **CRITERIOS DEFINIDOS**

La Auditoria de servicios debe desarrollar parámetros de comparación que permitan evaluar la calidad de los servicios.

- **EVALUACION ENTRE PARES**

La evaluación de la atención en salud deberá realizarse por profesionales que cuenten con la capacitación, al menos equivalente a la complejidad del proceso que se analiza.

- **EVALUACION DEL MEDIO**

La evaluación que se realice de los procesos de salud, debe contemplar siempre

las condiciones específicas que rodean la atención en salud, en el momento que se preste el servicio. No serán validos los pronunciamientos que hayan contemplado los resultados de la atención.

- **CONFIDENCIALIDAD**

Los resultados que se obtengan de la Auditoria de servicios, mas específicamente de la Auditoria médica son reservados, únicamente podrán conocerlos el Gerente de la Entidad, el médico y las personas directamente relacionadas con el caso. Se pueden dar a conocer los resultados sin incluir nombres de personas, sino como un caso genérico para fines educativos o de investigación científica.

- **PARTICIPACIÓN**

En el sentido en que la discusión de los datos y los resultados, deben hacer parte por lo menos ,las personas implicadas en el caso ; si fuere necesario también podrían participar en este análisis y discusión los profesionales interdisciplinarios que se considere puedan aportar conocimientos y experiencia para un mejor estudio del caso.

- **FLEXIBILIDAD**

Cada caso particular de la atención de salud, tiene sus propias características, por lo que las técnicas y procedimientos generales aceptados en la profesión, deben

interpretarse de acuerdo con los hallazgos concretos de cada caso. De otra parte, aunque la tecnología para la medición de variables Clínicas es cada día mas confiable, en muchos casos es relativa, y se constituye solo en una ayuda para el médico. En consecuencia, el Auditor no puede ser dogmático en el sentido de considerar que todos los casos se resuelven bajo los mismos parámetros; en este orden de ideas el auditor debe apreciar y valorar las circunstancias concretas en que se desarrolló el caso objeto de estudio.

12. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO

Para realizar la Auditoria de los servicios de salud, los Auditores en salud deberán tener en cuenta las condiciones del entorno donde se desarrolla la misma a fin de ajustarse a las situaciones propias del medio y de esta manera realizar una evaluación mas objetiva de los aspectos encontrados. Las siguientes son las características a tener en cuenta:

12.1. CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO.

Son todas aquellas situaciones que hacen parte del entorno de la institución .Son elementos de orden cultural, político y económico que determinan el comportamiento de la institución.

12.2. CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA.

Tienen en cuenta aspectos tales como:

Edad,

Sexo,

Nivel educativo

Factores que se asocian la

Morbilidad

12.3. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA.

Se analizan todos los aspectos consecuentes a la prestación de los servicios. Se llama también análisis de estructura incluye elementos como:

Nivel de complejidad

Organización y funcionamiento

Reglamento

Trabajo es de procedimientos

Recursos humanos, físicos, y financieros

Informática.

12.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO.

Analiza elementos, como:

Naturaleza de los servicios

Tecnología utilizada

Contenido, concentración, oportunidad de la atención

Rendimiento de los recursos

Calidad de la atención.

12.5. CARACTERÍSTICAS DEL RESULTADO.

Se refiere a:

Número de actividades realizadas

Consulta Externa

Laboratorio Clínico

Actividades de Promoción y Prevención

Actividades de rehabilitación

Costos por actividad

Concentración

Cobertura

12.6. CARACTERÍSTICAS DEL IMPACTO.

Determina aspectos, tales como:

Disminución del riesgo de enfermar o morir

Cambios de actitud del usuario

Niveles de satisfacción.

En resumen este modelo de análisis nos permite tener una visión integral y sistemática sobre todo el conjunto de actividades, asistenciales y administrativas que se lleven a cabo en la institución de salud independiente de su nivel de complejidad.

13. MODALIDADES DE APLICACIÓN DE LA AUDITORIA DE SERVICIOS DE SALUD.

13.1. AUDITORIA MÉDICA DIRECTA.

Es la realizada especialmente sobre pacientes hospitalizados (Auditoria clínica concurrente), constatando la calidad de la atención brindada, verificando procesos, registros clínicos, evaluando así la calidad y la pertinencia de los servicios prestados. El Auditor se pondrá en contacto con el medico tratante y demás integrantes del equipo de salud con el fin de evaluar el estado actual del paciente; la impresión diagnóstica, los exámenes para-clínicos y las terapias o procedimientos instaurados.

La comprensión lógica de los diferentes criterios clínicos y administrativos dará lugar a un buen resultado de salud. El auditor debe contar con toda la información actualizada referida el paciente internado.

Aunque la modalidad más frecuente de este tipo de auditoria directa es la Auditoria clínica concurrente, es posible realizar auditorias directas sobre otros servicios como laboratorio clínico, odontología, fisioterapia, etc. que pueden ser realizados por profesionales de la salud de ramas diferentes a la médica.

13.2. AUDITORIA INDIRECTA.

Permite calificar la calidad de un evento partiendo de la presunción de lo hallado observar el cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos.

Es el procedimiento por el cual se verifica la facturación de las internaciones remitidas por la E.S.E. concerniente a los procesos de atención al usuario, en la cual se toman en cuenta la concordancia y la pertinencia entre procedimientos realizados y los facturados, justificación médica de los procedimientos diagnósticos utilizados, justificación de días de estancia hospitalaria etc.

Debe pactarse con la E.S.E el envío del resumen de la historia clínica con la cuenta de cobro para proceder a realizar este tipo de auditoria.

En algunos casos puede ser llevada a cabo sobre servicios prestados ambulatoriamente pero no necesariamente comparando los servicios con la facturación, sino evaluando explícitamente la calidad en la prestación de los servicios.

13.3. AUDITORIA DE REGISTROS.

Es la verificación de los registros existentes de los procedimientos efectuados y que han sido facturados, el auditor no solo corrobora la existencia de la cantidad de estudios facturados , sino además su pertinencia y oportunidad ya que podrá

verificar si dichos estudios reflejan la patología reportada en los informes respectivos.

13.4. CONTROL INTEGRADO DE LA GESTIÓN.

Es el sistema integrado por el esquema organizacional, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, metas, estándares, procedimientos y mecanismos de verificación y explicación que utiliza como herramienta fundamental la información sistemática y oportuna de tipo contable, financiero, estadístico y operativo que, traducida en una serie de indicadores, permite la toma de decisiones apropiadas.

El control de gestión permite mantener una visión completa de la institución, comparar lo programado y lo ejecutado, modificar rumbos proyectándose al futuro, aportar medidas de control, dentro de un contexto de eficiencia, eficacia y efectividad.

El auditor del Hospital local Santa Rosa de Lima deberá aplicar las modalidades de Auditoría descritas anteriormente, con el fin de lograr un conocimiento objetivo y real de las condiciones en que se prestan los servicios de salud a los usuarios., presentar un informe sobre las situaciones encontradas, y formular las recomendaciones para el mejoramiento de los servicios, como parte del Plan de Mejoramiento de la Calidad institucional.

La información que produzca el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

alimentará el Sistema de Gestión de Calidad buscando el propio mejoramiento interno de nuestros procesos.

**14. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA DEL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD
EN EL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA**

A continuación haremos una corta descripción de cada proceso, indicando entre otros los objetivos, los responsables, tipo de acción, formatos fuente y de reporte y la metodología para la implementación de cada uno.

14.1. CONTROL SOBRE LA HABILITACION

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Controlar de manera PRE y post contractual la contratación de servicios que se encuentren habilitados en la E.S.E
- **RESPONSABILIDAD DE LA E.S.E:** Conformar la base de datos de servicios habilitados disponibles en la E.S.E. Reportar a las EPSs.
- **RESPONSABLE:** Gerente de la E.S.E.
- **TIPO DE ACCION:** Preventiva.
- **FRECUENCIA:** Cada vez que se realice un contrato con una EPS o con el

Municipio.

- **FUENTE:** Formulario de Inscripción en el registro especial de prestación de servicios de salud y Formulario de reporte de novedades.
- **REPORTE:** Los mismos formularios y los contratos, así como la digitación directa en el sistema.

14.2. INSPECCION DE SERVICIOS DE SALUD

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Evaluar objetivamente un servicio específico como respuesta a un evento ocurrido ó a una situación inesperada, que ponen o pueden poner en riesgo la salud de los usuarios
- **RESPONSABILIDAD DE LA E.S.E:** Evaluar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento de la institución para evitar que se presente nuevamente y se genere riesgo en la calidad de la atención.
- **RESPONSABLE:** Auditor de la E.S.E.
- **TIPO DE ACCION:** Preventiva y coyuntural.
- **FRECUENCIA:** Esporádico de acuerdo a un servicio específico o como

verificación del cumplimiento de condiciones de habilitación por servicios si las características de la E.S.E no aseguran el recurso humano para el proceso completo de verificación.

- **FUENTE:** Instrumentos relacionados con el servicio específico consignando los datos requeridos de acuerdo a las instrucciones de diligenciamiento.

- **METODOLOGÍA:** De acuerdo al planteamiento de problemas relacionados con un servicio específico de la E.S.E se planea la evaluación, se preparan los papeles de trabajo y se realiza la evaluación dirigiéndose al servicio, vigilando el cumplimiento de los estándares de habilitación, para lo que se utilizará el mismo formato de verificación de la Habilidad. Si se presentan hallazgos se analizan con el Gerente de la E.S.E y si llegasen a encontrarse que son susceptibles de mejoramiento se suscribe un plan de mejoramiento; sin embargo si estos hallazgos comprometen los estándares de habilitación de la E.S.E se debe informar al Ente Regulador correspondiente para que se tomen las medidas pertinentes. Se elabora el acta de evaluación con la firma del auditor y el Gerente de la E.S.E. Es importante la revisión periódica por parte del auditor a través de la realización de controles de los compromisos adquiridos.

14.3. EVALUACION DE LA SUFICIENCIA DE SERVICIOS PRESTADOS POR LA INSTITUCION.

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Evaluar si los servicios prestados son suficiente en términos de oferta, de acuerdo con los estándares establecidos para cada población

- **RESPONSABLE:** Auditor de la E.S.E.

- **TIPO DE ACCION:** Preventiva y de seguimiento

- **FRECUENCIA:** Semestral

- **FUENTE:** Instrumento “Reporte de capacidad instalada”.

- **FORMATOS DE REPORTE:** “Reporte de capacidad Instalada” y los servicios habilitados por la E.S.E del municipio.

- **METODOLOGÍA:** Se realiza análisis comparativo de la información consignada en los formatos y los servicios habilitados de las E.S.E del municipio.

14.4. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ASISTENCIAL.

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Evaluar y mejorar el proceso de Atención Médico Asistencial en la E.S.E, así como el resultado de dicha atención.
- **RESPONSABLE:** Auditor de Calidad
- **TIPO DE ACCION:** Contempla actividades de seguimiento y Preventivas
- **FRECUENCIA:** Según Matriz de programación, de reporte mensual.
- **FUENTE:** Instrumentos del Hospital.
- **FORMATO DE REPORTE:** formato de la evaluación de la calidad de la atención medico asistencial de la E.S.E.
- **METODOLOGÍA:** Se preparan los papeles de trabajo. La evaluación puede coincidir con la de verificación del cumplimiento de condiciones de habilitación, siguiendo los mismos pasos iniciales pero aplicando el formato establecido, registrando el cumplimiento o no de cada estándar a medida que la E.S.E presenta sus soportes o no. Contempla aspectos como oportunidad, acceso, atención medico asistencial, educación medica

continuada, investigación médica, capacidad resolutive, morbilidad, mortalidad, satisfacción de usuarios, realización de comités.

De acuerdo a los hallazgos encontrados se concretan unas acciones de mejoramiento el cual firma el representante de la E.S.E y su auditor como compromiso de cumplimiento

Dentro de las actividades que se deben verificar están:

Análisis periódico de la historia clínica.

Trabajo de procedimientos y guías de atención

Funcionamiento del comité de historias clínicas

Metodología para la evaluación de tiempos de atención

Evaluación de la satisfacción del usuario.

Informes de evaluación de eficiencia y efectividad del servicio

Evaluación de la asistencia de los profesionales, cuando existan turnos de disponibilidad.

Elaboración de indicadores de uso de los servicios y calidad

Mantener un programa de control de calidad para laboratorio clínico

Revisión de los términos del contrato si el servicio ha sido contratado

Cumplimiento de las normas establecidas por la institución sobre el transporte y las comunicaciones.

Registro de los tiempos utilizados por la ambulancia en el transporte de los pacientes.

14.5. EVALUACIÓN DEL COSTO FORMULACIÓN

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Analizar y evaluar los costos generales de la formulación por la E.S.E, por Profesional y por proveedor de medicamentos para generar políticas de optimización de recursos

- **RESPONSABILIDAD DE LAS EPSS:** Generar, Analizar y Reportar Mensualmente a la Subdirección EPS el costo de formulación mensual por E.S.E o Droguería.

- **RESPONSABLE:** Auditor de Calidad de la EPSS

- **TIPO DE ACCION:** Contempla acciones de seguimiento.

- **FRECUENCIA:** Según Matriz de programación, de reporte mensual.

- **FUENTE:** Instrumentos de la EPSs.

- **METODOLOGÍA:** Se debe obtener la información del área de cuentas acerca de la facturación mensual por concepto de medicamentos para la E.S.E o proveedor. La E.S.E debe tener claramente definidos los

medicamentos de mayor demanda así como realizar análisis históricos que permitan detectar desviaciones para la toma de medidas de control a la formulación irracional. La E.S.E debe hacer igualmente análisis comparativos de tarifas entre las EPSS para replantear el sistema de contratación. Igualmente, debe realizar análisis comparativo del costo global de formulación vs. %UPC, para determinar actividades de control con pacientes que son consultores crónicos y de alto costo o replanteando así los programa de Promoción y Prevención respectivos.

El objetivo de este instrumento es el de evaluar desviaciones sobre costos promedio esperados en la formulación de pacientes de consulta externa de E.S.S, que puedan ser significativas de situaciones que ameritan iniciar estudios de consumo.

El proceso deberá ser complementado durante la auditoria de las historias clínicas a través de la evaluación de la pertinencia de la formulación de los profesionales de la E.S.E.

Obtenida la información que se desprenda de la E.S.E.

Los casos que se detecten con aumentos desproporcionados e injustificados de los costos con relación a los demás EPSS así como variaciones superiores a los meses anteriores, deberán ser informados por el Comité a la respectiva EPSS ó profesional para solicitarle las justificaciones y adoptar los correctivos necesarios.

Las actuaciones, recomendaciones y correctivos aplicados por el Comité deberán ser consignados y firmados en el acta correspondiente, que se deberá elaborar de cada sesión; copia de la cual será enviada a la División Calidad y Costos de la EPSs.

14.6. EVALUACIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Evaluar la calidad de las historias clínicas y el cumplimiento de la norma en cuanto a su manejo y diligenciamiento, para generar políticas globales e individuales para el mejoramiento de la calidad de los registros clínicos.

- **RESPONSABILIDAD DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL:** Evaluar de manera periódica el cumplimiento de la E.S.E con el proceso así como determinar la calidad de los registros clínicos de las historias de los pacientes atendidos en la E.S.E de manera general.

- **RESPONSABILIDAD EPSs:** Generar, Analizar y Reportar Mensualmente a la Subdirección EPS la consolidación de los puntajes obtenidos por la E.S.E así como retroalimentar en que aspectos de los criterios clínicos y/o administrativos consignados en las historias clínicas están fallando los profesionales de la E.S.E.

- **RESPONSABLE:** Auditor de Calidad EPSs

- **TIPO DE ACCION:** Contempla actividades preventivas, de seguimiento y en algunos casos de forma coyuntural.

- **FRECUENCIA:** Según Matriz de programación, reporte mensual de la EPSs contratadas.

- **FUENTE:** Instrumentos de soporte de la EPSs o ARS

- **FORMATO DE REPORTE:** Formato de consolidación de los criterios de evaluación de la historia clínica médica, odontológica y fisioterapia.

- **METODOLOGÍA:** Este proceso se realiza igualmente al momento de las visitas de auditoria de servicios de salud, de acuerdo al cronograma preestablecido. Se solicitan las historias clínicas y se evalúan teniendo en cuenta los parámetros definidos en el instrumento de evaluación; se realizan los análisis de la información generada en el proceso de evaluación, si se presentan observaciones se envían al responsable del servicio evaluado para que se implementen acciones de mejoramiento se remiten los formatos a la División de calidad y costos del Nivel Central en el Informe técnico departamental.

De acuerdo con el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 historia clínica se define como el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente “Es un documento privado, sometido a reserva a que únicamente puede ser conocido teniendo plena autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. Es un conjunto de formularios narrativos gráficos y de ambos estilos en los cuales se registra en forma detallada y ordenada las observaciones y hallazgos relacionados con la salud de una persona. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en tratamiento de los problemas de salud y justifica la evaluación y resultados del tratamiento aplicado.

Los datos recopilados en la historia clínica responden a la secuencia y aplicación que del método científico hace el médico u otro profesional que atiende al paciente; es decir datos relativos al problema de salud del paciente identificados por medio del interrogatorio y del examen físico; datos sobre la hipótesis, que incluye el planteamiento de impresiones diagnósticas o diagnósticos diferenciales; datos sobre procedimientos, observaciones y las conclusiones sobre el caso.

Por lo general, las características de la historia clínica varían en sus usos y de acuerdo al nivel de complejidad de los establecimientos de salud; esta se integra con diferentes tipos de formularios de uso administrativo, médico, enfermería y de los servicios de apoyo.

Es importante que la historia no se mantenga fragmentada para cumplir adecuadamente con el propósito de brindar atención continuada.

Debe tener identificación completa, datos recientes del paciente, sus anotaciones deben ser claras precisas y verificables; es un documento de obligatorio cumplimiento, los datos que no se registren allí no existen, es el mejor medio para sustentar la actuación de un profesional o de una institución, no se puede destruir, ocultar, suprimir o enmendar, pues esto sería incurrir en falsedad material y no se deben incluir datos falsos, pues se incurre en falsedad ideológica; el personal subalterno de la institución relacionado con la atención del paciente, lo puede conocer, pero debe guardar la debida confidencialidad ; el paciente puede conocer su historia clínica y dar su consentimiento para su atención. Las EPSs. Y compañías aseguradoras solo pueden conocer la historia si el paciente lo permite y este solo pueden solicitar la epicrisis; las autoridades competentes para conocer una historia clínica, son:

La Superintendencia Nacional de Salud.

Los jueces de la República.

El tribunal de Ética Médica.

La Fiscalía General de la Nación.

La Procuraduría General de la Nación.

Una historia clínica debe tener varias características así:

- **COMPLETA:** Que contenga la totalidad de la información relevante del paciente, con la totalidad de anotación del personal médico y auxiliar.

- **COHERENTE:** Que tenga una correlación entre las diferentes anotaciones.
- **LEGIBLE:** La historia clínica debe ser legible, que no de lugar a interpretaciones o errores, no debe contener siglas diferentes a las aceptadas por la E.S.E y definidas en este trabajo, o que no sean las utilizadas internacionalmente.
- **Estándares de calificación de historia clínica médica.**

Se debe revisar toda la historia clínica con cada uno de los ítems descritos a continuación, y se va calificando de acuerdo con el puntaje establecido.

Se han dado puntajes de 1, 2, 3, 5, 6 y 11 puntos de acuerdo a la importancia del ítem. La calificación es excluyente y no da lugar a calificaciones intermedias, es el cumplimiento de la totalidad de lo solicitado para alcanzar la calificación, o de lo contrario la misma será de 0 puntos.

Para la evaluación de la calidad de las historias clínicas se clasificaron en dos criterios:

- **Criterios Administrativos.** La calificación total para este criterio es de **30** puntos. La responsabilidad de puntaje obtenido en estos criterios será del jefe

de historias clínicas de la E.S.E o su homologo.

Los criterios administrativos comprenden:

Carpeta para archivo

Carátula de identificación

Orden historia clínica

Hoja de Apertura de historia clínica

Hoja de evolución o control

Nombre y número de la Historia clínica

• **Criterios clínicos**

Los criterios clínicos tienen un puntaje total de **70** puntos, la responsabilidad de este puntaje corresponde netamente al Médico General y comprende:

Motivo de consulta

Enfermedad actual

Antecedentes familiares

Antecedentes personales

Hábitos y factores de riesgo

Revisión por sistemas

Signos Vitales

Examen físico

Impresión diagnóstica

Conducta farmacológica

Conducta no farmacológica

Trascripción e interpretación de exámenes paraclínicos

Coherencia y Pertinencia

Letra Legible

Nombre, código, firma y sello del médico responsable de cada actividad.

• Estándares de calificación de historia clínica odontológica.

Se han determinado igualmente criterios administrativos y clínicos:

• Criterios administrativos

Orden: 3 puntos

Identificación: 5 puntos

Letra legible: 4 puntos

• Criterios clínicos

Motivo de consulta: 3 puntos

Antecedentes médicos familiares: 3 puntos

Antecedentes médicos personales: 5 puntos

Examen estomatológico: 8 puntos
Examen periodontal: 8 puntos
Examen dental: 8 puntos
Rx y otros exámenes: 3 puntos
Diagnóstico: 15 puntos
Sesiones y plan de tratamiento: 8 puntos
Firma del odontólogo: 3 puntos
Firma del paciente: 5 puntos
Coherencia y pertinencia: 8 puntos
Secuencia de tratamiento: 5 puntos
Descripción del tratamiento: 6 puntos

• Rangos de la evaluación:

Excelente: 91 a 100 puntos
Bueno: 76 a 90 puntos
Regular: 61 a 75 puntos
Malo: 51 a 60 puntos
Pésimo: Menos de 50 puntos

- **Estándares de calificación de historia clínica de fisioterapia.**

Se han determinado igualmente criterios administrativos y clínicos:

- **Criterios administrativos**

Orden: 3 puntos

Identificación: 5 puntos

Letra legible: 4 puntos

- **Criterios clínicos**

Motivo de consulta: 3 puntos

Antecedentes médicos familiares: 3 puntos

Antecedentes médicos personales: 5 puntos

Examen físico: 8 puntos

Examen muscular: 8 puntos

Pruebas de retracción muscular: 8 puntos

Rx y otros exámenes: 3 puntos

Diagnóstico: 15 puntos

Sesiones y plan de tratamiento: 8 puntos

Firma del Fisioterapeuta: 3 puntos

Firma del paciente: 5 puntos

Coherencia y pertinencia: 8 puntos

Secuencia de tratamiento: 5 puntos

Descripción del tratamiento: 6 puntos

• **Rangos de la evaluación:**

Excelente: 91 a 100 puntos

Bueno: 76 a 90 puntos

Regular: 61 a 75 puntos

Malo: 51 a 60 puntos

Pésimo: Menos de 50 puntos

14.7. ATENCIÓN DE QUEJA POR PRESUNTA MALA PRÁCTICA

• **OBJETIVO DEL PROCESO:** Analizar, evaluar y conceptuar acerca de eventos coyunturales en la prestación de los servicios, en los que se presume mala práctica profesional, para evitar su repetición y ponerlos en conocimiento de la autoridad competente.

• **RESPONSABILIDAD E.S.E:** Evaluar el cumplimiento del Proceso en los diferentes servicios y ejercer control sobre los casos de presunta mala práctica.

- **RESPONSABILIDAD EPSS:** Realizar el comité, de la queja interpuesta por el usuario y reportarlo Nivel Central.

- **RESPONSABLE:** Auditor de Calidad Regional de la EPSS.

- **TIPO DE ACCION:** Coyuntural.

- **FRECUENCIA:** Según presentación de eventos.

- **FUENTE:** Historia Clínica y Actas del comité.

- **FORMATO DE REPORTE:** Acta del comité.

- **METODOLOGÍA:** Recibe del paciente o del ente regulador o ente jurídico quejas por fallas en la prestación de Servicios de Salud por presunta mala práctica. El auditor analiza si la queja debe ser llevada a Comité, se realiza la apertura de expediente dentro de los cinco(5) días hábiles siguientes a la fecha del conocimiento del caso, que debe contener los siguientes soportes:

Copia de la queja o solicitud de instancia competente

Copia de la Historia Clínica, exámenes, paraclínicos pertinentes, Estudios radiológicos o de imagenología y toda la información adicional que de acuerdo al caso documente de forma adecuada el proceso de atención (biopsias, valoraciones recientes, necropsias, etc.).

Resumen de Historia Clínica.

Oficios donde se deja constancia de los requerimientos y seguimientos al caso.

Una vez establecida la necesidad y aprobada la realización del comité se prepara el cuestionario para analizar el caso a estudiar, los registros clínicos para ser entregados a los miembros del comité, se define el perfil de profesionales y especialidades requeridas para analizar el caso (En un numero no inferior a 3 ni superior a 7). Luego la EPSs de referencia realiza invitación a los miembros definidos para la conformación del comité dejando copia en el expediente. Ya durante el comité, el auditor de calidad lidera el desarrollo del mismo dando a conocer la queja presentada. Y aportando la historia clínica del paciente y los soportes respectivos; el comité analiza el caso y registra las conclusiones emitiendo un concepto que puede ser favorable, inhibitorio o desfavorable. De ser este último se debe remitir al Tribunal de Ética Médica. Elabora el acta con el concepto y las recomendaciones emitidas por el comité, genera y envía el informe a la instancia superior, o al ente de vigilancia y control que lo solicito o que tienen que conocer los resultados del caso. Envía copia al Director regional de la EPSs en relación y al de Calidad nivel central.

El fin primordial de estos organismos de asesoría y consulta obligatoria, es el estudio de casos relacionados con fallas en la Prestación de Servicios de Salud. Se convocan motivados por una queja, inquietud científica, notoriedad pública o a solicitud de autoridad o funcionario competente.

Su objetivo es lograr establecer el conocimiento de la verdad en un proceso de atención de salud, y así mismo facilitar la toma de decisiones en otras instancias.

La base principal es la Historia Clínica y demás documentos referentes al proceso de atención, la revisión de las normas técnico - Científicas pertinentes para el caso en estudio, así como las conductas que a la luz de los conocimientos científicos vigentes se consideren indicados para cada caso.

Todos los conceptos que emitan los Comités, deben ser escritos identificando con precisión todas las acciones u omisiones que se presentaron en cada una de las etapas objeto de la evaluación de la calidad.

Para poder conformar los comités, las EPSS de referencia crearán una base de datos con especialistas de todas las especialidades médicas y odontológicas quienes estén dispuestos a los análisis de casos, y a quienes la EPSS cancelará por evento la participación en cada comité. Los especialistas podrán argumentar conflicto de intereses o de carácter ético para negarse a participar en los comités. Una tarifa única nacional será acordada para dicho pago

• Procedimientos que se deben seguir en el manejo de quejas por presunta mala práctica :

- **Recepción y análisis de la queja.**

Cuando la queja es recepcionada se debe tener en cuenta:

La fecha de recibo o reclamación de ésta:

Nombre de la persona que firma la queja o reclamación.

Aspecto o tema principal que motivó la queja.

- **Apertura de expediente.**

A todo caso que se considere debe ser llevado a Comité, se le abrirá su respectivo expediente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha del conocimiento del caso con los soportes que debe contener el expediente, que ya fueron mencionados arriba.

- **Convocatoria y preparación del comité.**

Por lo menos con dos (2) semanas de anticipación se debe convocar a los profesionales seleccionados para participar en el Comité; coordinar lo pertinente para garantizar el tiempo de realización sin entorpecer las actividades normales de la Institución. Diligenciar formatos de citación, dejar copia en el expediente.

El funcionario responsable del caso debe preparar el Comité cumpliendo las siguientes actividades:

Análisis de la queja o solicitud identificando las fallas que se imputan a los profesionales o la Institución.

Verificación de la documentación correlacionando los hechos manifestados en la queja con los distintos documentos allegados, al expediente de forma que se garantice los suficientes elementos para el análisis del caso, Historia Clínica, RX, Necropsia etc.

Debe documentarse sobre la patología del caso a analizar.

Elaboración de un cuestionario el cual debe estar orientado a resolver las inquietudes del quejoso o de la instancia solicitante y los vacíos o aclaraciones que el grupo de calidad consideren necesarios para descartar o notificar omisión, impericia o negligencia en el proceso de atención.

• **Realización del Comité**

Se debe elegir un presidente

Un delegado deberá actuar como secretario, cumpliendo las funciones determinadas en la Resolución N° 01607 del 10 de Diciembre de 1997 en su Artículo 7º de igual forma advierte el contenido referido en el Artículo 8º respecto a los conceptos que emite los Comités.

Se lee la queja o solicitud.

Se lee la Historia Clínica (no el resumen) del periodo donde se encuentra el

proceso de atención, incluyendo notas de enfermería y demás registros.

Se procede al análisis de la información en la cual se aclare categóricamente si en algún momento se puso un riesgo innecesario al paciente, a los profesionales o a la Institución.

Se debe dar respuesta a las inquietudes del quejoso al solicitante. De acuerdo con el análisis de la información encontrada los conceptos se deben emitir teniendo en cuenta las indicaciones de la Superintendencia nacional de Salud así:

Concepto Favorable: Cuando los procedimientos realizados en el caso objeto de evaluación estuvieron acordes con las normas técnico - científicas. (No hubo falla en el proceso de atención).

Concepto Inhibitorio: Cuando no se emite concepto de fondo por faltar algún elemento, documento o dato clave para valorar el caso.

Concepto Desfavorable: Cuando en la calidad del servicio prestado se identifica alguna falla institucional o profesional, la cual debe ser especificada determinando cual fue la omisión negligencia o impericia, se debe aclarar cual fue el riesgo innecesario al que se sometió el paciente. En caso de falla profesional determinar el nombre del profesional responsable.

El comité debe emitir las recomendaciones pertinentes para que en casos similares estas situaciones no se repitan.

Elaboración del acta del comité: Se debe contar con una carpeta para las actas, y un libro de actas de los Comités debidamente foliado en el cual se registre el acta del comité y se firme por los que intervinieron.

• **Custodia:**

Es responsabilidad del delegado quién actuará como secretario del Comité, velar por la debida custodia de los expedientes de los casos por presunta mala práctica. Igualmente el Auditor de Calidad.

Deben seguirse estas pautas:

Los expedientes deben estar en muebles bajo llave.

Los resultados del Comité deben enviarse por correo certificado confidencial.

El jefe de la División de Administración de Calidad y Costos o su delegado son las personas autorizadas para informar sobre el estado del caso que se requiera.

Solamente el Subgerente de la E.S.S. puede entregar copia de los resultados del Comité, previa solicitud escrita del quejoso o instancia competente.

Tramite:

De acuerdo con las conclusiones de los Comités se debe dar trámite a las instancias pertinentes.

Por responsabilidad institucional al gerente de la respectiva E.S.E y Auditoria Interna.

Por falla profesional a auditoria disciplinaria.

Concepto inhibitorio a la auditoria disciplinaria.

Las recomendaciones generales a las instancias responsables de tomar decisiones.

Se debe dar respuesta al quejoso y a todas las instancias que solicitaron evaluación que tienen que conocer los resultados del caso.

Cuando el concepto se desarrolle se informará al quejoso de lo actuado para que situaciones similares de este tipo no se repitan.

• **Seguimiento :**

En Todos los casos se le debe hacer seguimiento a las acciones recomendadas por el Comité para que situaciones que colocan en eminente riesgo a profesionales, pacientes y la institución no se repitan. A través del seguimiento lo que se busca es eliminar riesgos y mejorar los servicios.

Todo Comité que se realice debe ser digitado en la base de datos que se diseñe para tal fin.

14.8. EVALUACIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA Y OPORTUNIDAD EN LOS SERVICIOS

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Evaluar de manera sistemática la oportunidad y los tiempos de espera para la atención en la E.S.E.

- **RESPONSABILIDAD DE LA EPSs:** reportar los tiempos de espera y reportarlas a nivel central.

- **RESPONSABLE:** Gestores de Vida sana de las EPSs.

- **TIPO DE ACCION:** De seguimiento.

- **FRECUENCIA:** Mensual.

- **FUENTE:** Formato Evaluación de tiempos de espera y Oportunidad en la atención.

- **FORMATO DE REPORTE:** Digitación directa a la base de datos de indicadores de la Evaluación de tiempos de espera y Oportunidad en la atención.

- **METODOLOGÍA:** Mensualmente los gestores de salud de las EPSs irán a la E.S.E a evaluar directamente los tiempos de espera, a través de un muestreo

mínimo de 10 pacientes para los tiempos de espera. Para la oportunidad debe interrogarse a mínimo 10 pacientes de los que hayan acudido a la E.S.E a solicitar su cita acerca de la fecha para la cual le otorgaron la misma, y así registrar el número de pacientes que se ubica dentro de cada lugar de la escala de tiempo. Esta información la registran en el formato Evaluación de tiempos de espera y Oportunidad en la atención y la EPSs la consolida digitando los indicadores en la base de datos de la Evaluación de tiempos de espera y Oportunidad en la atención. Cuando se encuentren diferencias importantes con los estándares planteados a continuación, el responsable de Calidad en la EPSs oficiará a la E.S.E para que genere acciones de mejoramiento, y de ser repetitiva la situación notificará al director de la EPSs para tomar medidas al respecto.

Se pueden realizar las siguientes preguntas de encuesta a los usuarios para conocer el grado de satisfacción en cuanto a lo relacionado a este numeral:

- Al registrarse en el hospital fue atendido:

a. inmediatamente_____ b. Entre 20 y 40 minutos_____ c. Más de 40

minutos_____.

- Cual de las siguientes personas lo recibió:

- a. El vigilante_____
- b. La recepcionista_____
- c. La enfermera_____
- d. Auxiliar_____
- e. El medico_____

- El trato de la persona que lo recibió fue amable y oportuno:

Si o No

- Al registrarse le solicitaron los siguientes documentos:

- a. carné de afiliación____
- b. documento de identificación____
- c. autorización_____
- d. todos_____
- e. ninguno de los anteriores_____
- f. otro ¿Cuál?_____

- En su ultima urgencia recibió oportunamente los medicamentos y los exámenes solicitados por el medico tratante:

Si o No

➤ **ESTANDARES MINIMOS DE OPORTUNIDAD DE LA ATENCION**

Con el fin de mejorar la oportunidad de la atención de los servicios de salud , para los usuarios de la E.S.E, una vez analizada la oportunidad existente se propone una serie de estándares de oportunidad de la atención, los cuales se lograrán alcanzar mediante el compromiso decidido de los usuarios haciendo un uso racional de los servicios y de los prestadores asignando racionalmente las citas de control y proponiendo la inscripción de los pacientes en los programas de Atención Integral existentes. Con estos estándares se pretende lograr la satisfacción de los usuarios con la oportunidad de la atención y disminuir la concurrencia al servicio de urgencias.

- Máximo plazo de tiempo entre la solicitud de **consulta (no urgente)** y la asignación de la cita :

Medicina General	2 Día
Medicina Especializada	3 Días
Medicina Súper Especializada	5 Días
Odontología	2 Días
Fisioterapia	3 Días

- Plazo máximo de tiempo entre solicitud de **consulta urgente** y la prestación del servicio (excluye la demanda de atención por heridas, traumas o accidente) :

Medicina General	30 Minutos
------------------	------------

Odontología	60 Minutos
-------------	------------

Máximo plazo de tiempo entre la **toma de muestra y entrega** de resultados por el laboratorio clínico:

Servicio de Urgencias	60 Minutos
-----------------------	------------

Servicio Hospitalización	8 Horas
--------------------------	---------

Máximo plazo de tiempo entre la toma de ayudas diagnósticas de **imagenología y la entrega** de resultados:

Servicio de Urgencias	60 Minutos
-----------------------	------------

Servicio de Hospitalización	24 Horas
-----------------------------	----------

➤ **Tiempo mínimo asignado a la consulta :**

Medicina General	1er Vez	20 Minutos
------------------	---------	------------

Medicina General	Control	15 Minutos
------------------	---------	------------

Urgencias		30 Minutos
-----------	--	------------

Tiempo de espera para un **proceso general de atención en consulta de medicina general**, abarcando Portería, recepción, sala de espera, consulta y farmacia:

Medicina general: 60 Minutos

➤ **Frecuencia de uso de los servicios.**

La medición de las frecuencias de uso de los servicios será posible con la adecuación en el nivel central de la EPSs de un Sistema que permita la consolidación y análisis de la información resultante de la E.S.E. Esto incluye la conformación del grupo de epidemiología y estadística de la respectiva EPSs. Como núcleo del sistema, soportados tecnológicamente por el software que permita el manejo de RIPS así como la generación estadística epidemiológica.

A través de la determinación de las Frecuencias de uso de los servicios médico-asistenciales será posible la realización de los respectivos estudios de costos por nivel de complejidad que permitan una adecuada planeación en el futuro así como un adecuado seguimiento al costo médico que representa para la EPSs la prestación de estos servicios.

Especialidad	Frecuencia de Uso Histórica
Medicina General	1
Odontología general	0.1
Medicina Especializada	0.2
fisioterapia	Numero de sesiones

14.9. EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVECION

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** Evaluar el cumplimiento de la E.S.E. con el seguimiento a las actividades de Promoción y Prevención para los usuarios, así como los servicios de salud donde se ejecutan dichas actividades.

- **RESPONSABILIDAD DE LAS EPSs:** Reportar Mensualmente a la Subdirección EPS la matriz de consolidación de las actividades de Promoción y Prevención.

- **. RESPONSABLE:** Auditor de Calidad Nivel central de la EPS.

- **TIPO DE ACCION:** De seguimiento

- **FRECUENCIA:** Reporte mensual

- **FUENTE:** Formatos de auditoria de los servicios de promoción y prevención
- **FORMATO DE REPORTE:** Consolidado nacional de la evaluación de los servicios de Promoción y prevención.
- **METODOLOGÍA:** A través de visitas previamente programadas a la E.S.E, se evalúan los servicios donde se desarrollan las actividades, y se comparan las actividades reportadas con las registradas efectivamente.
- **Disposiciones legales**

Ley 100 de 1993 artículo 227.

Decreto 2174 de 1996.

Artículo 14 del decreto 2174 de 1996

Resolución 412 y 3384 del ministerio de salud

Ley 715 de 2001

- **Lineamientos generales:**

Efectuar supervisión permanente para asegurar que la atención en salud se preste con las características de oportunidad, continuidad, suficiencia, integralidad y racionalidad en un marco que conduzca a la satisfacción del usuario de acuerdo con el objeto y obligaciones de los convenios, así como evaluar las quejas

presentadas por los usuarios y el cumplimiento de las recomendaciones que se produzcan de esta evaluación.

Verificar que se cumplan con la comprobación de derecho de los usuarios a recibir los servicios.

Controlar el cumplimiento de las actividades y procedimientos contenidos en los anexos técnicos de los contratos.

Realizar acompañamiento y retroalimentación permanente de acuerdo a los hallazgos derivados del proceso de auditoría.

14.10. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA REFERENCIA

- **OBJETIVO DEL PROCESO:** verificar y evaluar la calidad de la referencia de las remisiones solicitadas de los Pacientes de la E.S.E. según el Plan de Beneficios.
- **RESPONSABILIDAD de las EPSs:** Evaluar el cumplimiento de la E.S.E con el proceso y consolidar la información generada.
- **RESPONSABILIDAD de la EPSs:** Evaluar la calidad de los instrumentos

utilizados por la E.S.E para la referencia de pacientes, consolidar la información y remitir al nivel requerido por el paciente.

- **RESPONSABLE:** Líder del Proceso de referencia y Contrarreferencia de la EPSs.

- **TIPO DE ACCION:** De seguimiento y preventiva.

- **FRECUENCIA:** Según Matriz de programación, reporte mensual

- **FUENTE:** Instrumento se debe crear para la “Evaluación de la calidad de la referencia”

- **METODOLOGÍA:** El funcionario encargado de las autorizaciones en la EPSs debe evaluar las Referencias disponibles de los afiliados que estén solicitando su autorización, Los resultados deben venir descritos en un informe que son reportados al Director Regional y a la División de Calidad y Costos del nivel central.

14.11. EVALUACION DE LOS SERVICIOS MEDICO ASISTENCIALES DEL HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA.

En este trabajo se deben realizar una serie de instrumentos para la evaluación de los servicios de salud que se prestan en la E.S.E. Estas preguntas que deberán ser diligenciados por el auditor de la E.S.E. O por el Jefe de servicios de Salud, mensualmente y llevados a un Comité el cual puede ser conformado por los miembros que designe el gerente de la E.S.E, quienes analizarán la situación y harán las respectivas recomendaciones a la junta directiva y al gerente. De todas maneras las matrices de evaluación deben formar parte del Informe mensual.

14.12. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO MÉDICO.

Este proceso está destinado al control del rendimiento médico de los profesionales que prestan sus servicios a la E.S.E, deberá ser diligenciado por el auditor médico de esta o quien haga sus veces, cada mes de la siguiente manera:

Nombre del Médico a evaluar.

Número de horas diarias contratadas.

Número de consultas a realizar en un periodo determinado, es la sumatoria del

total de pacientes atendidos más las citas incumplidas más las actas canceladas.

Su fórmula es:

C. A REALIZAR = T. pacientes atendidos + citas incumplidas + citas canceladas.

Número de días laborados por profesional de la entidad.

El total de consultas previstas es el producto del número de horas diarias contratadas por el número de pacientes atendidos por hora, por el número de días laborados. Su fórmula es:

C. PREVISTAS = # horas diarias contratadas X # pacientes atendidos /hora X # días laborados.

El número de consultas realizadas es el residuo de todas las consultas programadas más las extras, dobles o triples restándole las consultas incumplidas.

Su fórmula es:

C. REALIZADAS = Consultas programadas + C. dobles o triples + C. extras - C. incumplidas.

Las consultas no atendidas por el profesional debido a: Calamidades domésticas, permisos, licencias por enfermedad y las no remunerables, deberán ser restadas el total de las consultas previstas; en igual forma las consultas incumplidas por el

paciente incluyendo las consultas suspendidas por causas ajenas diferentes a las anteriores.

El porcentaje de rendimiento de los médicos es la relación porcentual que existe entre el total de consultas realizadas sobre el total de consultas previstas. Su fórmula:

$$\% \text{ DE RENDIMIENTO} = \frac{\text{Consultas realizadas} \times 100}{\text{Consultas Previstas}}$$

Obtenida la información que se desprende del formato de evaluación de rendimiento médico para cada profesional, esta deberá ser llevada al comité para su evaluación mensual, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

Medicina General	1er Vez	20 Minutos
Medicina General	Control	15 Minutos
Urgencias		30 Minutos

Los casos que estén incumpliendo en mayor o menor grado las disposiciones establecidas en el presente trabajo específico de esta evaluación, serán informados por el Comité al respectivo profesional para solicitarle la justificación y adoptar los correctivos necesarios. Las actuaciones, recomendaciones y

correctivos aplicados por este Comité deberán consignarse firmados en el acta correspondiente, copia de la cual será enviada al coordinador medico.

14.13. EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO ODONTOLÓGICO y FISIOTERAPEUTICO.

Este proceso está destinado al control del rendimiento odontológico de los profesionales

Que prestan sus servicios a la E.S.E. Su formato incluye:

Nombre del profesional a evaluar.

Número de horas diarias contratadas

Número de consultas a realizar en un periodo determinado, es la sumatoria del total de pacientes atendidos más las citas incumplidas, más las citas canceladas.

Su fórmula es:

C. A REALIZAR = Pacientes atendidos + Citas incumplidas + Citas canceladas.

Número de días laborados por profesional de la entidad.

Total de consultas previstas es el producto del número de horas diarias contratadas por el número de pacientes atendidos por hora, por el número de días laborados. Su fórmula es:

C. PREVISTAS = # horas diarias contratadas X # pacientes atendidos por hora X # días laborados

El número de consultas realizadas es el residuo de todas las consultas programadas más las extras, dobles o triples restándole las consultas incumplidas. Su fórmula es:

C. REALIZADAS = Consultas programadas + Consultas dobles extras o triples - Consultas incumplidas

Las consultas no atendidas por el profesional debido a: Calamidades domésticas, premisos, licencias por enfermedad y las no remunerables, deberán ser restadas del total de las consultas previstas; en igual forma las consultas incumplidas por el paciente incluyendo las consultas suspendidas por causas ajenas diferentes a las anteriores.

El porcentaje de rendimiento de los profesionales es la relación porcentual que existe entre el total de consultas realizadas sobre el total de consultas previstas. Su fórmula:

$$\% \text{ DE RENDIMIENTO} = \frac{\text{Consultas realizadas}}{\text{Consultas previstas}} \times X$$

Obtenida la información que se desprende del formato de evaluación de rendimiento Odontológico y fisioterapéutico para cada profesional, esta deberá ser llevada al Comité mensualmente. Los casos que estén incumpliendo en menor o mayor grado las disposiciones establecidas en este instructivo, serán informados por el Comité al respectivo profesional para solicitarle la justificación y adoptar los correctivos necesarios.

Las actuaciones, recomendaciones y correctivos aplicados por este Comité deberán consignarse firmados en el acta correspondiente.

14.14. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Al igual que para la E.S.E. debe conocer de primera mano las expectativas de los usuarios de sus servicios, para poder ajustar sus procesos y su estructura de acuerdo a los parámetros que resulten de dichas mediciones.

Es por esto que se deben adoptar los formatos de Evaluación (Encuestas) que en el proceso de la E.S.E, los cuales pretenden evaluar la satisfacción de los usuarios del servicio médico, odontológico y fisioterapéutico.

El grupo de Calidad de la E.S.E consolidará dicha información (los resultados) así como generar estrategias de mejoramiento específicas para la prestación de estos servicios.

Para desarrollar parte de este trabajo se incluyen un sondeo con preguntas elaboradas, para conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios para con este servicio:

Ejemplo:

1. En el momento de solicitar la cita ¿Cuántos días pasaron para que usted fuese atendido?

2. Al ingresar a la E.S.E el trato de la persona que lo atendió fue:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿El profesional estaba en el consultorio?

Si o no

4. ¿El profesional tenía buena disposición para atenderlo?

Si o no

5. Califique la comunicación que pudo obtener con el profesional

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Califique la explicación sobre exámenes y tratamientos por seguir

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Califique la privacidad y la comodidad del consultorio

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. Califique su satisfacción con la atención recibida por el profesional

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Califique su satisfacción en general con la atención recibida en el servicio de medicina general, Odontologías y fisioterapia.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Con los resultados obtenidos se realiza un estudio de identificación de las problemáticas que afectan de manera directa a los usuarios para ser analizadas para así planear, desarrollar y ejecutar un PLAN DE MEJORAMIENTO.

15. CÓMO REALIZAR LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

15.1. PROPÓSITO DE LA GUÍA

Apoyar a la institución en la aplicación del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en la elaboración de los planes de mejoramiento con un enfoque sistémico, de forma que realmente estén articulados a la toma de decisiones y sus resultados mejoren la atención en salud recibida por los usuarios de la institución y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

15.2. ¿QUÉ ES UN PLAN DE MEJORAMIENTO?

El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de

este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

15.3. PREPARACIÓN PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son:

Programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de los procesos objeto de mejora y aquellos que se encuentran relacionados con ellos. Programa de comunicación con el propósito de que la institución conozca cómo se van adelantando el mejoramiento, las dificultades, los logros alcanzados, el mejoramiento en los resultados de los indicadores. Definición de los aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento, como son sitios de las reuniones, registro de las reuniones realizadas y necesidades para la implementación de los mejoramientos.

15.4 CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE MEJORAMIENTO

Una vez se tenga el grupo, este debe realizar un seminario-taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que

les permitan funcionar bien como grupo. El propósito de este taller es comprender los aspectos por tener en cuenta para la formulación del plan de mejora:

Definición concreta de la dimensión del problema.

Observación y documentación del problema, teniendo en cuenta las causas identificadas (calidad observada) y las perspectivas de los diferentes grupos de interés involucrados (usuarios, accionistas, comunidad, etc.).

Capacitación en herramientas básicas estadísticas, como por ejemplo lluvia de ideas, diagrama de causa-efecto, estratificación, hojas de verificación, diagramas de Pareto.

Análisis de las causas fundamentales a través de la aplicación de herramientas estadísticas básicas y técnicas de análisis causal, que permita centrarse en soluciones que bloqueen las causas raíz de los resultados no deseados.

Una vez surtida la etapa de análisis causal de los problemas, el equipo de calidad debe estar listo para sugerir vías para superar los problemas. El planteamiento de las soluciones debe ser un esfuerzo grupal. Algunas soluciones pueden ser de fácil planteamiento, un ejemplo sería recordar al personal mediante capacitación en los servicios sobre guías para el manejo clínico de los pacientes. Otras soluciones pueden ser formuladas en términos de ayuda para el trabajo que se realiza, como son los cronogramas en la pared y las listas de chequeo, entre otros. Otros problemas pueden ser más difíciles de solucionar puesto que involucran cambios en todos los procedimientos. Es muy importante que los equipos de calidad traten de pensar en forma creativa para generar una amplia gama de soluciones (algunas pueden ser medidas de corto plazo).

En esta etapa lo que se requiere es que como equipo presente soluciones a cada causa del problema analizado, tomando en consideración que sean prácticas y posibles de implementar. Quizás no es posible encontrar soluciones para cada causa listada.

Un plan de mejoramiento de la calidad trata de responder a problemas previamente definidos y priorizados con metodología participativa, la cual se presenta

En el anexo 1 de la presente guía, utilizando diferentes criterios como la vulnerabilidad, la percepción social, el impacto en la salud, entre otros.

Los planes detallados sirven al responsable del proceso como tablero de control de actividades, como instrumento de capacitación a las personas que participan del proyecto y para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

15.5. FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5 W1H que toma su nombre por sus siglas en inglés:

What, who, when, where, why y **how** (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

Parte del estudio de las razones que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados.

Implica postular causas probables, si ciertamente hay diferencia y ella es negativa. La adecuada gestión en cuanto al desarrollo de esta fase requiere que, haciendo uso de técnicas comunes para el trabajo en equipo, se formulen todas las alternativas de solución posibles; se evalúen y se seleccionen, frente a criterios como factibilidad, aceptabilidad, etc., las distintas alternativas y se presenten a consideración de los responsables de la implantación de los correctivos las propuestas de mejoramiento.

Una vez esté identificada la causalidad y planteadas las posibles acciones de mejoramiento se debe:

Elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados.

Realizar el seguimiento de la evolución de las acciones de mejora implementadas, mediante el mantenimiento de los procesos periódicos de medición, comparación, análisis y evaluación; es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo.

15.6. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y

ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Para ello son necesarias dos condiciones:

Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.

Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo.

Este lo debe presentar cada responsable de un proyecto a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

16. CONCLUSIONES

La formulación, diseño y elaboración participativa, de este Manual de Auditoria, nos ha permitido estructurar y formalizar un compromiso solidario entre todos para buscar un Plan de mejoramiento y desarrollo individual e institucional tanto del Área Asistencial como la propia del Hospital para así lograr las metas trazadas que son las mismas que ofrecer un servicio con calidad, oportunidad y eficiencia favoreciendo directamente a los usuarios de la Empresa social del Estado.

Durante la vigencia 2008 se pretende fortalecer el cumplimiento de las metas, a partir de la entrada en ejecución del plan, y se espera generar un impacto social en el Sector Salud de nuestro Municipio, atendiendo la población vulnerable de nuestra comunidad.

BIBLIOGRAFIA.

MEJIA, BRAULIO. Auditoria Médica para la Garantía de la Calidad en Salud. Serie Gerencia en Salud 1997.

MINISTERIO DE SALUD. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Proyecto Desarrollo Institucional. Desarrollo Empresarial Hospitalario. Calidad y Auditoria Clínica Hospitalaria. 1997.

O.P.S., ASOCIACION COLOMBIANA DE HOSPITALES, ASCOFAME, SEGURO SOCIAL. Sistema de Garantía de Calidad de Servicios de Salud, trabajo de Acreditación para Instituciones Hospitalarias. Colombia 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Registros Médicos y de Salud. Módulos de aprendizaje No. 1, 2,3 y 4. Serie Paltex 1991.

La E.S.E. trabajo de referencia y Contrarreferencia 1997.

VARO, JAIME. “Gestión estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios”, Ediciones Díaz de Santos S.A., 1994.

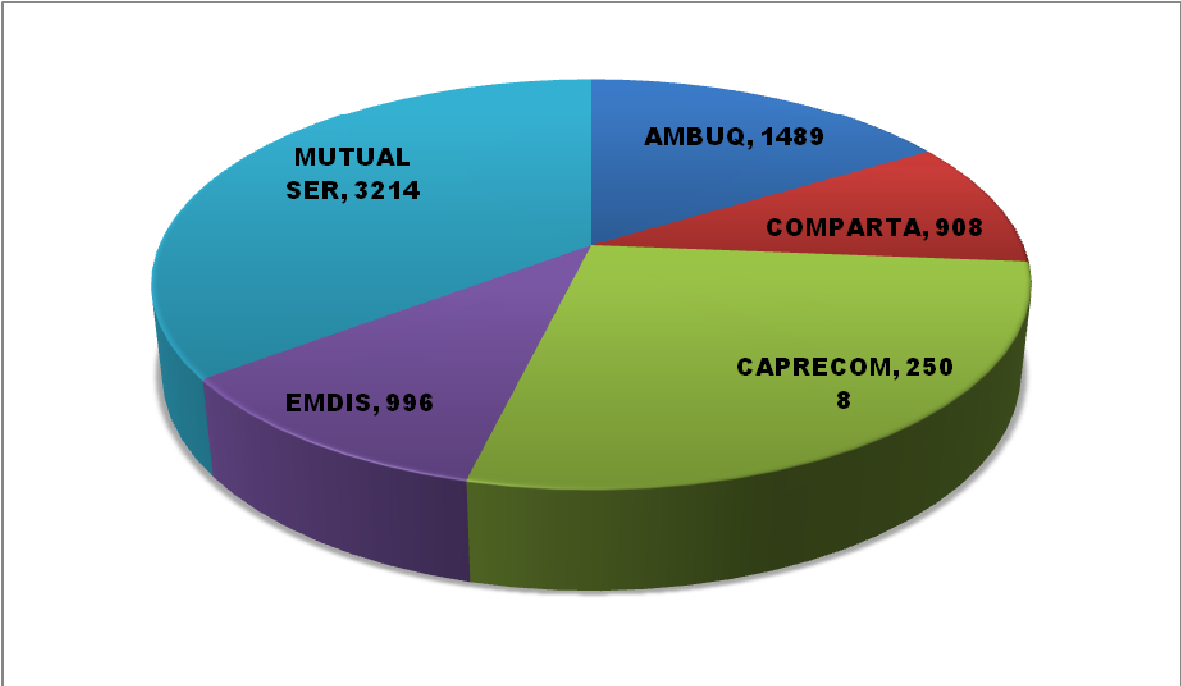
MALAGON, GALAN, PONTON, “Garantía de Calidad en Salud”, ED. Médica Panamericana, 2001.

MALAGON, GUSTAVO, “Auditoria en Salud para una gestión eficiente”, Editorial Médica Panamericana”, 2ª. Edición, 2003.

ANEXOS

COBERTURAS DE AFILIACIÓN POR ARS

GRÁFICO No. A



POBLACIÓN TOTAL SANTA ROSA AÑO 2008

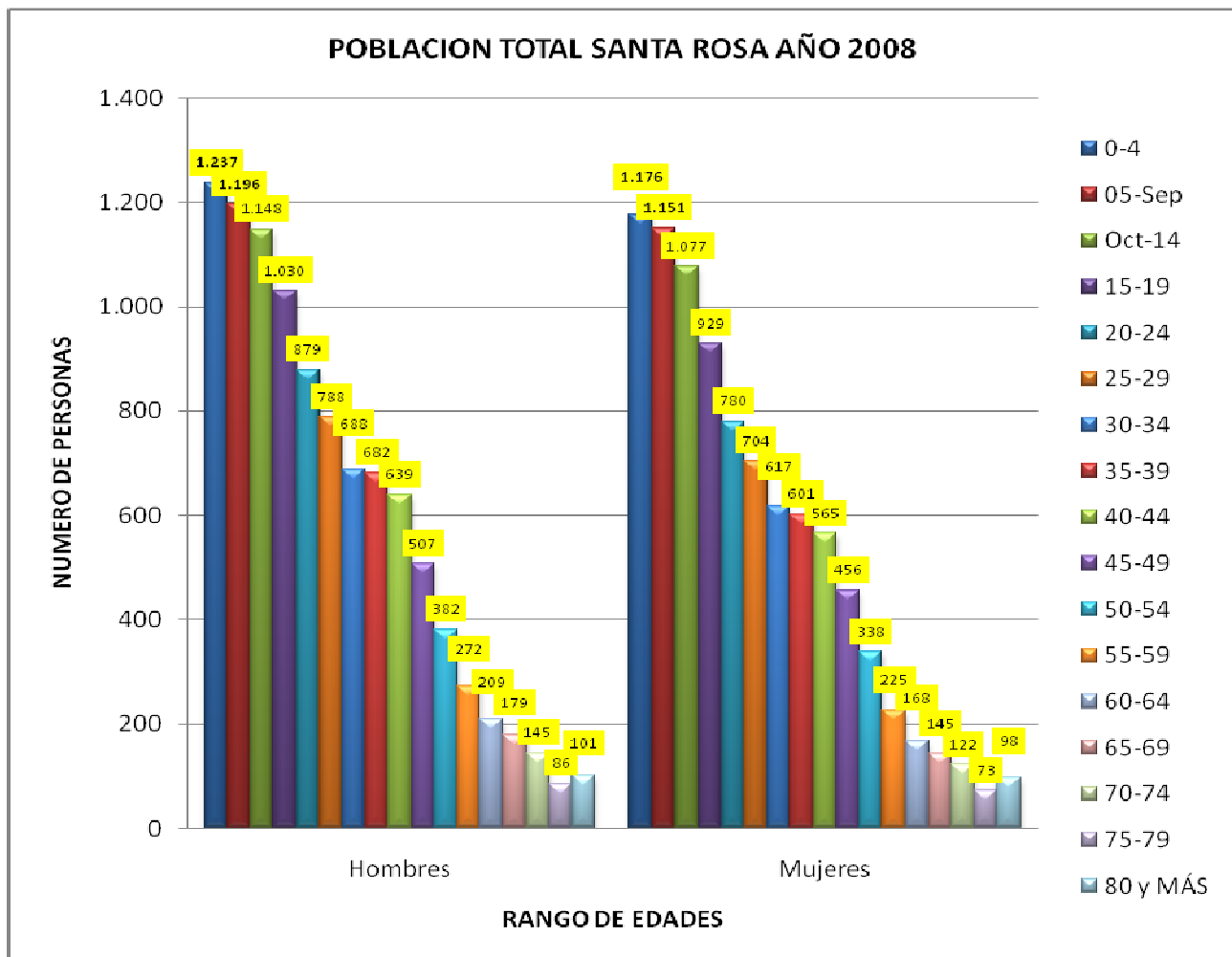
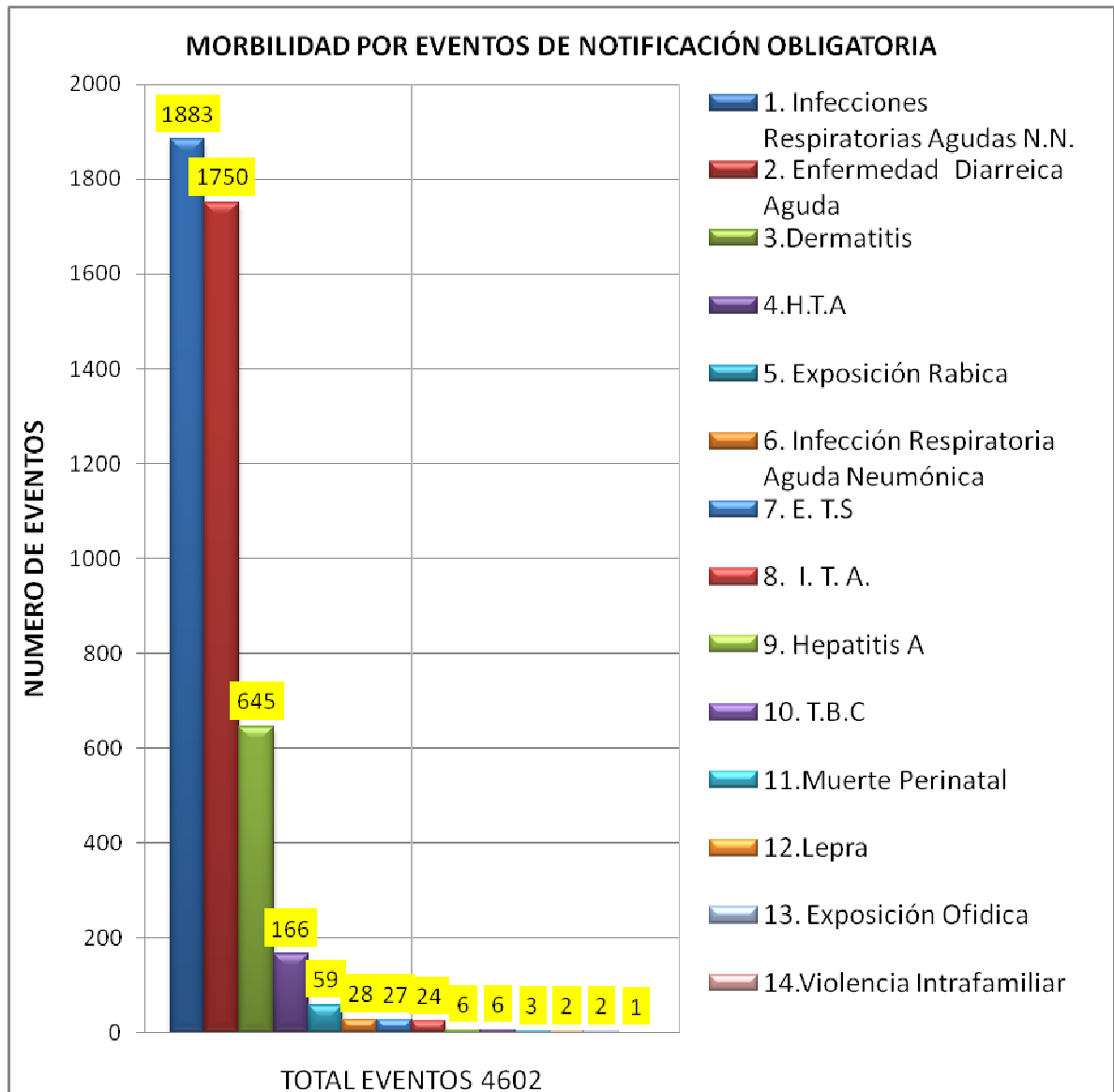


GRÁFICO No. 2B Fuente: DANE

- MORBILIDAD POR EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA**

GRÁFICO No. C

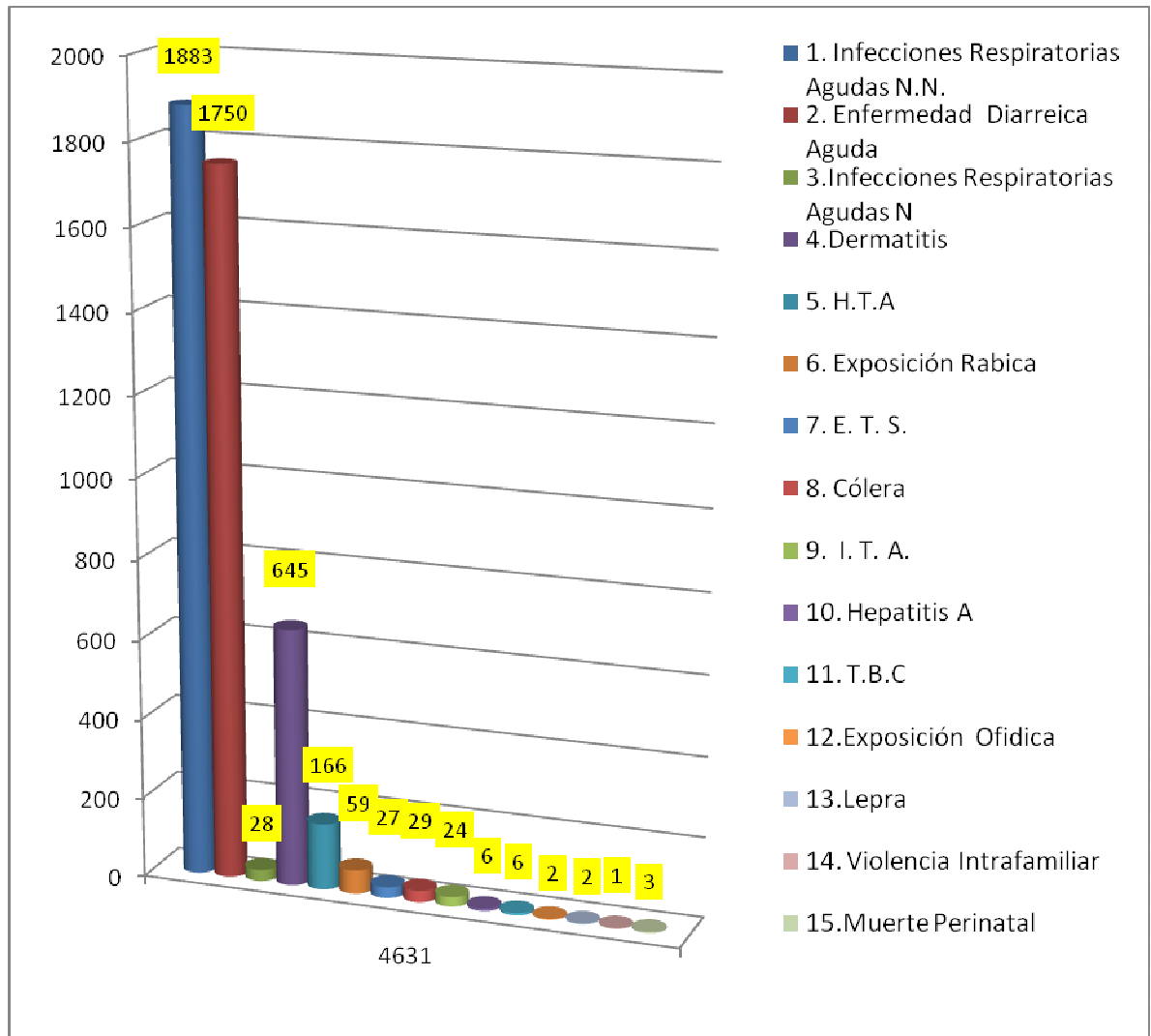


FUENTE: SIVIGILA

- MORBILIDAD GENERAL POR CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS**

HOSPITAL LOCAL SANTA ROSA DE LIMA. AÑO 2008

GRÁFICO No. D



Fuente: PAN 2008