

INFORME FINAL DE INVESTIGACION
ANALISIS DE CASO DE ADMINISTRACION EN SALUD AUDITORIA
CONCURRENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LOREN KARINA CÁRDENAS LÓPEZ
ALIETH CECILIA RODRIGUEZ

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C

2012

INFORME FINAL DE INVESTIGACION
ANALISIS DE CASO DE ADMINISTRACION EN SALUD AUDITORIA
CONCURRENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

LOREN KARINA CÁRDENAS LÓPEZ
ALIETH CECILIA RODRIGUEZ

Trabajo de grado para optar el Título de
“Especialista en Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud “

Asesor

JOSE LUIS BOTERO

Medico

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C

2012

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
2. JUSTIFICACION	3
3. OBJETIVO	4
3.1 Objetivo general	4
3.2 Objetivos específicos	4
4. MARCO CONCEPTUAL	6
4.1 Auditoria Medica	6
4.1.1 Características de la auditoria	7
4.2 Auditoría médica concurrente	10
4.3 Objetivo de la Auditoría Médica Concurrente	11
4.4 Estructura del informe	11
4.5 No Conformidades Menores Encontradas en las Auditorias	12
4.6 No Conformidades Mayores Encontradas en las Auditorias	13

4.7 No Conformidades Más Frecuentes	13
4.8 Estándares Para Evaluar Calidad	14
4.9 Promedio de días de estancia hospitalaria	16
4.10 Continuidad	16
4.11 Infección Asociado al Cuidado de la Salud	17
4.12 Comité Técnico – Científico	17
5. DIAGNOSTICO HOSPITAL DE TERCER NIVEL	20
5.1 Modelo de Auditoria Concurrente	21
5.1.1 Población objeto	21
5.1.2 Parámetros Institucionales	21
5.1.3 Proceso	23
5.1.4 Análisis de la Información	24
6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	29
7. PLAN DE MEJORAMIENTO	32
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34

LISTA DE CUADROS**pág.**

Cuadro 1. Indicadores de alerta

15

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Seguimiento - Marzo 01 a Marzo 31 de 2012	24
Tabla 2. Seguimiento - Abril 01 a Abril 30 de 2012	25
Tabla 3. Seguimiento – Mayo 1 a Mayo 31 de 2012	26
Tabla 4. Seguimiento – Junio 01 al 30 de Junio de 2012	27
Tabla 5. Seguimiento- Julio 01 a Julio 31 de 2012	28

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación es un análisis de un caso clínico sobre auditoría concurrente en un hospital de primer nivel, donde primero se formularan unas preguntas buscando las desviaciones en el servicios.

Adicional a lo anterior y con el objeto de contextualizar la investigación, se abordará la historia de la auditoría, las características y los objetivos.

Se presenta la formulación del problema y su respectiva justificación, el planteamiento de los objetivos, el marco conceptual base para realizar la aplicación de los instrumentos de investigación y finalmente el diagnóstico y los resultados que se esperan.

Palabras claves: auditoría concurrente, calidad de la atención, procedimientos oportuna y continuidad.

ABSTRACT

The following research paper is an analysis of a case of concurrent audit a class hospital, where first formulate some questions looking for deviations in the services.

Additional to the above and in order to contextualize the research will address the history of the audit, the characteristics and objectives.

We present the problem formulation and its respective rationale, the approach of the objectives, the conceptual basis for the implementation of the research instruments and finally the diagnosis and the results expected.

Keywords: concurrent audit, quality of care, timeliness and continuity procedures.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el resultado de una labor investigativa en torno al interrogante ¿Sirve el Proceso de Auditoria Concurrente para detectar desviaciones en los procesos de atención en salud en un hospital de III nivel de atención?

En este caso investigativo, la base de información será, la recopilada del proceso de auditoría concurrente en un hospital de tercer nivel, la cual a través de las actividades de auditoría está tratando de implementar un modelo que permita detectar desviaciones en los procesos de atención medica en el ámbito hospitalario para mejorar los recursos interinstitucionales y así mismo, brindar una prestación de servicios de salud integral oportuna, eficaz, eficiente y satisfactoria para los usuarios y el equipo de atención en salud, cumpliendo con altos estándares de calidad que lleven a la acreditación de esta entidad.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible a través de la auditoría concurrente en un hospital de tercer nivel, realizar un caso de administración en salud que nos permita analizar las desviaciones presentadas durante los procesos de atención médica?

2. JUSTIFICACION

En la universidad EAN, actualmente no se han realizado casos de investigación en administración de salud, por ello vemos la necesidad de iniciar la formación de un cuaderno de casos que contribuya a desarrollar y mejorar nuestro análisis, formulación de problemas y búsqueda de posibles soluciones ante situaciones reales que se viven en nuestro sistema de salud.

El hospital de tercer nivel, es una entidad sin ánimo de lucro, especializada en la atención integral pediátrica, con un modelo de atención basado en tres principios, académico, asistencial y administrativo; siendo referente distrital y nacional de los pacientes con patologías complejas.

La auditoría concurrente en la institución es básica para la regulación de los principios de pertinencia, racionalidad técnico científica, oportunidad, costo-beneficio; garantizando el mejoramiento en la utilización de los recursos existentes.

Actualmente existen dificultades durante la atención, que conllevan a un aumento de prestaciones de servicios, inoportunidad, criterios médicos no pertinentes y discrepancias en los registros de la historia clínica; los cuales no son detectados de manera oportuna, disminuyendo la calidad en la atención y aumentando los costos.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Estructurar un caso en administración en salud para el cuaderno de la universidad EAN enfocada en las desviaciones presentadas en la prestación de servicios de salud en un hospital de tercer nivel, a través de la auditoria concurrente

3.2 Objetivos específicos

- Iniciar el cuaderno de casos en administración en salud de la universidad EAN.
- Analizar la base de datos de auditoría concurrente en un hospital de tercer nivel, detectando las desviaciones en la prestación de servicios.
- Realizar un diagnostico con el fin de establecer la problemática presentada según lo detectado en la auditoria concurrente.
- Elaborar preguntas a través de los datos obtenidos, en base a los eventos que conllevan a la desviación de los estándares en la prestación de servicio.
- Plantear posibles soluciones a estas preguntas, para evitar la desviación de los estándares en la prestación de servicio.
- Desarrollar planes de mejoramiento institucional que permitan corregir las desviación de en la prestación de servicio.

- Estructurar con la información obtenida un caso de administración en salud, en una entidad de tercer nivel

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Auditoria Medica

Desde Hipócrates se destaca la importancia de documentar todas las variaciones posibles en cada individuo para luego deducir su relevancia, con el tiempo, la mayoría de los métodos propuestos se distorsionaron y se tomaron punitivos.

El término de auditoría ha sido usado durante mucho tiempo, es un proceso interdisciplinario, por lo cual el cuerpo médico mediante el comité de auditoría médica revisa colectivamente las historias clínicas, las evalúa y las pone en práctica los correctivos necesarios, luego de haberlos comparado con los estándares, las principales funciones de este comité son:

- Alentar la mejora de la practica medica
- Educar a todos los miembros del equipo medico
- Lograr la calidad total en la atención medica
- Permitir la comparar de actos médicos

Actualmente se define la auditoria médica como el análisis crítico sistemático de la calidad del cuidado médico, incluyendo procedimientos diagnósticos y tratamientos, el uso de recursos adecuados y que los resultados se reflejen en la calidad de la vida.

4.1.1 Características de la auditoria

- Educación permanente, se orienta a que los médicos aprendan de aciertos o de errores, teniendo como meta aumentar los conocimientos criterios y destrezas.(sistema de gestión y de control)
- Confidencialidad del procedimiento relacionado con el acto médico y a las inconsistencias del mismo, pues el fin primordial es educar y mejorar la calidad de la atención medica.
- Multidisciplinario, la auditoria médica se realiza con la participación de un equipo especialista como es el comité.
- Evaluación planificada, en la cual se señala un objetivo, plantea una hipótesis y se establece un análisis.
- Es un proceso periódico y basado en un enfoque sistémico, evaluadas partes entre sí, analiza secuencialmente los procesos que interactúan en la prestación de los servicios.

Los resultados de la auditoria médica deben expresarse en términos de calidad: oportunidad, eficiencia, eficacia, efectividad y equidad. (Ortega, 1994)

Mediante el análisis de la calidad observada y la calidad esperada de la entidad determinaremos que situaciones conllevan a las desviaciones en los procesos de atención, permitiéndonos crear soluciones y planes de mejoramiento los cuales servirán de apoyo en el proceso de auditoría concurrente.

Auditoria medica concurrente o de terreno realizada In situ, se hace para evaluar en forma sistemática, continua e integral la calidad de la asistencia médica que se le ofrece al paciente hospitalizado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la cual incluye los procedimientos empleados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, teniendo en

cuenta el uso racional y adecuado de los servicios y el resultado final obtenido por el paciente en la institución con los servicios brindados y además, que lo que se facture, corresponda realmente a la cobertura correspondiente, según la normatividad vigente.

El acompañamiento oportuno, en tiempo real y durante la permanencia del paciente en la institución prestadora de servicios de salud, garantiza el adecuado desarrollo del gasto médico, permitiendo una retroalimentación en coberturas y en costos, a todos los actores que intervienen en la prestación del servicio de un asegurado, involucrando a este último en el adecuado manejo y utilización de su plan de salud.

La auditoría médica integral tiene como finalidad garantizar la calidad, oportunidad y pertinencia en la prestación de los servicios de salud, contribuyendo con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y la administración eficiente y eficaz de los recursos asignados.

La auditoría es un procedimiento que revisa sistemáticamente que se realice lo planeado, tal como se esperaba; dado que un servicio es un producto intangible por naturaleza, el margen de error al brindarlo debe ser mínimo. El usuario del servicio no puede “probar” el producto antes de consumirlo, sino que se forma una opinión del mismo al recibirlo.

Uno de los más frecuentes errores es confiar que los procesos de certificación empresariales, tan de moda en la actualidad, son garantía de una atención de salud de calidad; Estos famosos instrumentos de evaluación pretenden revisar la existencia de una constancia por escrito de lo que cada departamento va a realizar, y que todos sus integrantes lo conozcan, pero esto no siempre se cumple al ir a la realidad en nuestras empresas prestadoras de servicios de salud, podemos tener a mano todo los documento requeridos para brindar un servicio integral , pero el papel no nos da la garantía para brindar el servicios como debe ser hay que tener en cuenta un conjunto de factores integrados como capacidad profesional

(conocimiento y experiencia), la infraestructura, la administración, los equipos, los insumos y el costo de la misma; claro hay que tener en cuenta que todo los documentos para el funcionamiento de un servicio de salud estén en regla.

Una de las herramientas más valiosas para sostener un servicio de calidad es la auditoría y la evaluación constantes, en donde se puede observar la oportunidad, la eficiente, la eficacia, la pertinencia, la calidad con la que se brinda un servicio de salud.

La misión institucional de la auditoría es garantizar la habilidad técnica de los profesionales, el empleo eficiente de los recursos y lograr la satisfacción de las demandas y expectativas de los pacientes y familiares.

Es una herramienta de gestión clínica muy valiosa, con aplicación en varias áreas y abarca diferentes aspectos del quehacer médico: asistencial, administrativo, financiero, ético, docente y de investigación. Se trata de un buen mecanismo de retroalimentación para garantizar calidad.

Al auditar conocemos la calidad de los servicios que prestamos, realizamos un diagnóstico. En consecuencia, permite formular proyectos y sugerencias para mejorarlos.

Ayuda a conocer las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional. Se trata, pues, de un mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico, basado en la Utilización de normas y registros.(Fonseca ; Rivero; Baltazar y Silva, 2009).

La organización mundial de la salud define la calidad de los servicios de salud como:

- Un alto nivel de excelencia del profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Uso mínimo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción para el paciente.
- Impacto final en la salud del paciente.

La auditoría médica no constituye un fin en sí mismo, no es un arte ni una ciencia. Es una especialidad con creciente gravitación médica institucional, identidad, espacio propio, y autonomía como materia de aprendizaje y enseñanza en el campo de la salud.

Es un moderno y eficaz medio de evaluar el proceso de atención médica y sus costos. Involucra la calidad de atención médica y para ello debemos tener presente sus propios paradigmas.

- Control. Compulsa o confrontación, comparación o cotejo de datos o elementos de juicio como simple verificación o comprobación de hechos o resultados. La tarea de control tiene por objeto la verificación de hechos o resultados.

- Auditoría. Utiliza los mismos instrumentos de control con otra finalidad. Examina, analiza y extrae conclusiones. La tarea de la auditoría es, a través del análisis de datos, extraer conclusiones y formular recomendaciones y propuestas de solución

4.2 Auditoría médica concurrente

El control lo realiza el Médico Auditor en terreno, registrando sus observaciones en una ficha de auditoría, siguiendo el formato de una historia clínica o bien las modalidades más breves, registrando los aspectos principales que merezcan observación. Esta información será de valor para el médico auditor de facturación al momento de examinar la misma. En el informe debe consignar los datos que son imprescindibles a los fines de la evaluación posterior. Las conclusiones cobran singular importancia al determinar observaciones y procedencias en el análisis de facturación.

4.3 Objetivo de la Auditoría Médica Concurrente

- Evaluar la calidad, oportunidad y pertinencia de los servicios medico-asistenciales.
- Analizar estancias prolongadas para identificar los posibles candidatos a cuidado en casa o remisión, revisando los casos con el Médico tratante y estableciendo comunicación con el Auditor de la Entidad Contratante respectiva para gestionar dichas altas.
- Facilitar la comunicación entre los auditores médicos concurrentes de las entidades contratantes y de médicos tratantes, con el fin de optimizar la relación y resolver dudas.
- Gestionar las glosas u objeciones que no se solucionaron en el período de internamiento.

4.4 Estructura del informe

En el informe realizado por el médico auditor deberá consignarse correctamente:

- Fecha de inicio de la auditoría.
- Lugar, establecimiento y su capacidad resolutive, servicio y tipo de hospitalización.
- Datos del beneficiario: nombres, apellidos, número de afiliado, edad, sexo y plan.
- Fecha de ingreso y alta, horarios, así como características del alta: médica, voluntaria, referencia u óbito.

- Diagnóstico de ingreso, con presuntivos, probables y definitivos.
 - Datos de la enfermedad y estado actual, así como su pronóstico.
 - Estudios complementarios, con fecha de solicitud y realización.
 - Intervenciones quirúrgicas de emergencia o programadas, con fechas y horas, protocolos quirúrgicos y anestésicos, obstétricos, etc.
- Evaluación clínica del paciente, consignando el motivo de consulta y comentarios de valor.
- Diagnóstico de egreso confirmado.
 - Comentario final que incluya observaciones y opiniones, cantidad y calidad de la prestación, así como la opinión sobre los débitos

4.5 No Conformidades Menores Encontradas en las Auditorias

- Historia Clínica inconsistente
- Letra ilegible, falta identificación del profesional
- Posología no especificada
- Evoluciones médicas incompletas
- Ausencia de fecha y hora en repetidos registros
- Uso reiterado de formatos inadecuados
- Secuencia arbitraria de hojas de la historia clínica
- Diagnóstico inicial inconsistente con historia clínica
- Manejo de emergencia con procesos lentos y no enmarcados en protocolos y estándares

- Imprecisión en diagnóstico y conducta a seguir, falta de trabajo en equipo.

4.6 No Conformidades Mayores Encontradas en las Auditorias

- Diagnóstico inicial inconsistente
- Manejo inadecuado por diagnóstico impreciso
- Retraso en toma de decisiones en Hospital
- Insatisfactoria evaluación multiespecializada
- Todos los déficit de registro señalados (cada uno es una no conformidad menor)

4.7 No Conformidades Más Frecuentes

- Epicrisis en sus estándares.
- Evoluciones en sus estándares.
- Interconsultas inconsistentes.
- Notas de enfermería desubicadas.
- Ficha de anestesia ilegible.
- Hojas utilizadas incorrectamente.
- Desorden en secuencia de procesos.
- Exámenes auxiliares no comentados.
- Ausencia de protocolos y estándares.

(Carrion , 2009)

4.8 Estándares Para Evaluar Calidad

Según la circular 056 de octubre del 2009, nos informa que las acciones que desarrolle el SOGCS, se orienta a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, se van más allá de la verificación de la existencia de estructura y documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisites para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tienen el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que presente retrasos que pongan en riesgo su vida o salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

Las entidades administradoras de planes de beneficio deberán reportar a la superintendencia los indicadores de alerta temprana por prestador como se describe según la circular 056 del 2009:

Cuadro 1. Indicadores de alerta

Numero	Descripción	Máximo aceptable
1	Tiempo de espera en consulta general	5 días
2	Tiempo de espera en consulta especializada - medicina interna	30 días
3	Tiempo de espera en consulta especializada- ginecología	15 días
4	Tiempo de espera en consulta especializada - pediatría	5 días
5	Tiempo de espera en consulta especializada – cirugía general	20 días
6	Tiempo de espera de servicios de imagenología y diagnóstico general radiología simple	3 días
7	Tiempo de espera de servicios de imagenología y diagnóstico especializado TAC	15 días
8	Tiempo de espera toma de muestras de laboratorio básico	1 día
9	Tiempo de espera en la realización de cirugía básica programada	30 días
10	Tasa de infección intrahospitalaria (por cada 100 pacientes hospitalizados)	5
11	Tiempo de espera consulta de urgencias triage II	30 min

Nota. Estudios información circular única y requerimientos SNS. (Supersalud, 2009)Supersalud (2011).

En el evento que no se cumpla algún indicador, con el estándar definido el EAPB deberá presentar a la superintendencia el plan de mejoramiento del prestador y municipio, con el fin de garantizarla oportunidad y calidad del servicio de salud con acciones precisas y metas de cumplimiento.(Supersalud, 2009)

4.9 Promedio de días de estancia hospitalaria

Este indicador refleja la permanencia promedio de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos. (Direccion de evaluacion de los servicios de salud, 2009)

El cociente para calcular el promedio de días de estancia es el siguiente:

$$\text{Promedio de días de estancia} = \frac{\text{Número total de días de estancia en el hospital}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

4.10 Continuidad

Posibilidad que tiene el usuario de recibir el servicio en salud sin interrupciones que puedan poner en riesgo la salud o vida.

4.11 Infección Asociado al Cuidado de la Salud

Son el evento adverso más frecuente en los hospitales, infecciones que contribuyen a la muerte o discapacidad de pacientes por adquirir patógenos multi - resistentes.

En países en desarrollo, el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud es entre 2 y 20 veces más elevado que en un país desarrollado; en estados unidos uno de cada 136 pacientes de hospital resulta enfermo como resultado de haber contraído una infección asociada al trascurso de su cuidado hospitalario esto equivale a dos millones de casos y unas 80 muertes por año.

Las infecciones asociadas a la atención sanitaria en unidades de cuidados intensivos afectan aproximadamente un 30% de los pacientes y representan hasta un 44% de muertes.

4.12 Comité Técnico-Científico

En Colombia por medio del decreto 131 del 2010, se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud.

Créase el Sistema Técnico Científico en Salud como un conjunto de principios, órganos, instituciones, reglas y recursos, cuya finalidad es la coordinación de actividades tendientes a la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas de acuerdo con criterios técnicos y científicos.

El Sistema Técnico Científico en Salud buscará el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a través de la entrega de prestaciones científicamente validadas y técnicamente aplicables en el servicio público de salud. Adicionalmente, el Sistema

Técnico Científico en Salud se encargará de realizar el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud para garantizar el mayor bienestar social posible. Para esto, el Sistema Técnico Científico en Salud coordinará, articulará, generará y clasificará el conocimiento pertinente, con criterio técnico basado en evidencia científica, de tal forma que sus orientaciones sean un referente para los prestadores que participan en el servicio público de salud y para los diferentes organismos estatales que ejerzan la inspección, vigilancia y control científico, administrativo o judicial sobre ese servicio público, lo anterior sin perjuicio de las decisiones que con carácter vinculante puede adoptar el Organismo Técnico Científico para la Salud.

- **Fundamento Científico:** el conocimiento generado en el Sistema Técnico Científico en Salud tendrá como precepto central la aplicación del método científico.
- **Autonomía:** el conocimiento generado en el Sistema Técnico Científico en Salud se desarrollará en condiciones de independencia intelectual.
- **Transparencia:** los ejecutores de investigaciones, estudios y evaluaciones que se realicen en el Sistema Técnico Científico en Salud se seleccionarán mediante criterios de mérito y calidad.
- **Continuidad y Oportunidad:** las actividades de generación de conocimiento del Sistema se realizarán con la periodicidad requerida para la actualización de la doctrina médica y los referentes basados en evidencia.
- **Articulación:** las actividades de generación del conocimiento del Sistema Técnico Científico en Salud serán coordinadas con el propósito de asegurar que el conocimiento requerido para el ajuste y actualización de la doctrina médica y los referentes basados en evidencia se genera de manera efectiva y eficiente.

- **Divulgación:** el conocimiento generado por el Sistema Técnico Científico en Salud para el ajuste y actualización de la doctrina médica y los referentes basados en evidencia debe ser divulgado de forma amplia.

(Ministerio de la Protección Social - Decreto 131, 2010)

5. DIAGNOSTICO HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Entidad especializada en la atención de paciente pediátrico referente de patologías complejas a nivel nacional en donde sus principios de honestidad, amor, respeto por los niños y su familia, responsabilidad y compromiso para trabajar en equipo, tengan como respuesta final una prestación de servicios de salud efectiva que cumpla con las necesidades del paciente asegurando la optimización de los recursos y la sostenibilidad de la institución.

De la información recopilada en el área administrativa y financiera se determina que ante una facturación mensual de \$ 5,000,000,000 el porcentaje de glosa inicial es del 15 % correspondiente a \$ 750,000,000 y el porcentaje de aceptación de glosa total es del 2% correspondiente a \$ 100,000,000 .

Teniendo en cuenta la situación actual de las instituciones prestadoras de salud en busca de mejorar y dar mayor rentabilidad a los servicios de salud prestados, se inicia la conformación del proceso de auditoría concurrente en el hospital con el fin de disminuir en porcentaje de glosa objetada y glosa aceptada, favoreciendo el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud y disminuyendo el tiempo de radicación de facturación a las Entidades responsables de pago.

5.1 Modelo de Auditoria Concurrente

5.1.1 Población objeto

El área de hospitalización del cuarto norte tiene capacidad para hospitalización de 68 pacientes en habitación bipersonal y unipersonal los cuales son distribuidos según su patología y área de especialidad tratante, de esta población se realiza el estudio de las siguientes características las cuales son requisito indispensable para entrar en el proceso de auditoría concurrente

- Ser asegurado a EPS que cuente con auditoría externa en la institución
- Estancia Hospitalaria mayor a 3 días

5.1.2 Parámetros Institucionales

- Diligenciamiento completo de historia clínica por sistema
- Racionalidad y pertinencia ante el motivo de consulta , impresión diagnóstica , plan terapéutico y exámenes complementarios
- Evolución diaria completa con análisis, plan terapéutico, justificación de exámenes complementarios, procedimientos a realizar, interconsultas con su respectiva solicitud por médico tratante.
- Procedimientos quirúrgicos, ayudas diagnósticas, estancia hospitalaria o medicamentos que requieran Autoresización adicional a la de ingreso, al generar la orden médica se procede a informar a la EPS, obteniendo una respuesta aproximadamente entre 24 y 48 horas cuando estas actividades estén incluidas en el plan obligatorio de salud.

- Si no están incluidas en el plan obligatorio de salud la respuesta de la EPS puede tardar de 8 a 15 días en su estudio por el comité técnico científico y definir su Autoresización o no. La institución procede a su realización o administración previo diligenciamiento del CTC (formato Autoresización evento no pos) según la urgencia del paciente.

- Cumplimiento de las guías de manejo institucional según la patología del paciente durante su estancia hospitalaria por médicos tratantes y en caso de no ser así suministrar la mejor evidencia de la literatura médica que justifique los cambios de la guía previo concepto de Gerencia Científica.

- Ayudas diagnósticas solicitadas y que tengan disponibilidad tecnológica institucional se toman en un tiempo máximo de 24 horas y si no hay disponibilidad tecnológica institucional se toman en un tiempo máximo de 72 horas.

- Respuesta a solicitud de cualquier interconsultas tiempo máximo de espera 24 horas según la necesidad del paciente.

- Programación y realización de procedimientos quirúrgicos urgentes tiempo máximo de espera 12 horas si son prioritarios o con requerimientos de tecnología especial tiempo de espera entre 3 a 6 días.

- Cumplimiento de los protocolos institucionales en torno a la seguridad del paciente hospitalizado por todo el equipo de atención en salud ejemplo lavado de manos, acto quirúrgico, manejo de catéteres, alimentación parenteral, aislamiento.

- Cuando el médico tratante genere orden para traslado del paciente a otra estancia de mayor o menor complejidad intrainstitucional se haga efectiva el día de su solicitud.

Teniendo en cuenta la anterior información cualquier evento que no cumpla los parámetros de seguimiento institucional se consideran desviaciones dentro del proceso de atención médica, que de una u otra forma afectan a todo el sistema de salud en los usuarios prolongando

sustancia hospitalaria, aumentado el riesgo de adquirir infecciones asociadas al cuidado de la salud, demora en la confirmación de diagnósticos y en las conductas terapéuticas. Aumentando glosas y costos en la atención lo que lleva a disminuir la calidad en la atención por parte de las IPS.

5.1.3 Proceso

Diariamente se revisa la historia clínica de los pacientes que cumplen con los requisitos para entrar al estudio de auditoría verificando en la historia clínica datos personales, impresión diagnóstica, análisis del caso, plan terapéutico, exámenes complementarios solicitados, interconsultas y procedimientos llevando un registro diario en la base de datos creada para el proceso de auditoría

Una vez se obtiene la información necesaria se realiza ronda médica con los especialistas a cargo del paciente donde se aclaran dudas, se establece tiempo probable de estancia, si el paciente tiene procesos pendientes en las diferentes áreas Autoresizaciones, realización de para clínicos, programación de procedimientos, valoración por subespecialidades, medicamentos no pos, juntas médicas de casos especiales, posibles egresos con hospitalización en casa o con oxígeno domiciliario según la disponibilidad del asegurador, remisiones, solicitud de comités de calidad, comités de infecciones o aplicaciones terapéuticas que deben tener un análisis por la gerencia científica teniendo en cuenta los principios de oportunidad, pertinencia, racionalidad técnico científica, continuidad, seguridad, suficiencia, integralidad en el proceso de atención médica.

5.1.4 Análisis de la Información

Se toma la información de la base de datos de auditoría concurrente del 1 de Marzo del 2012 al 31 julio del 2012 donde se analiza la causa, frecuencia de presentación y el valor que representa como perdida para la institución al presentarse desviaciones en el proceso de atención.

a) Marzo 01 a Marzo 31 de 2012

Se realiza seguimiento a 68 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención.

Tabla 1. Seguimiento - Marzo 01 a Marzo 31 de 2012

Evento	Frecuencia de casos	Valor
infecciones asociadas al cuidado de la salud	2	\$ 6,108,256
inoportunidad en respuesta a interconsultas	4	\$ 1,096,560
inoportunidad en traslado de UCI a piso	2	\$ 1,012,200
inoportunidad en traslado intermedio a piso	1	\$ 226,000
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	6	\$1,644,840
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	2	\$1,096,560
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	2	\$1,012,280
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	1	\$ 274,140
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	1	\$ 16,640
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	1	\$137,070
Total	22	\$12,624,546

Nota. Autores

Se presentan durante este periodo un 32% de desviaciones en el proceso de atención de la población auditada, correspondiente a un valor de \$ 12,624,546 del total de aceptación de glosa mensual.

b) Abril 01 a Abril 30 de 2012

Seguimiento a 139 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención

Tabla 2. Seguimiento - Abril 01 a Abril 30 de 2012

Evento	Frecuencia de casos	Valor
infecciones asociadas al cuidado de la salud	4	\$12,216,512
inoportunidad en respuesta a interconsultas	7	\$ 1,918,980
inoportunidad en traslado de UCI a piso	2	\$1,356,400
inoportunidad en traslado intermedio a piso	4	\$ 904,000
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	3	\$ 822,420
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	1	\$ 548,280
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	5	\$ 2,530,500
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	1	\$ 274,140
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	0	0
inoportunidad en solicitud de O2 domiciliario	1	\$ 274,140
Total	28	\$ 20,845,372

Nota. Autores

Se presentan durante este periodo un 20.1 % de desviaciones en el proceso de atención de la población auditada, correspondiente a un valor de \$ 20, 845,372 del total de aceptación de glosa mensual.

c) Mayo 1 a Mayo 31 de 2012

Seguimiento a 150 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención NOTA falla en sistema de historia clínica electrónica cambio a historia clínica manual desde 24 mayo 2012 al 6 junio 2012.

Tabla 3. Seguimiento –Mayo 1 a Mayo 31 de 2012

Evento	Frecuencia de casos	Valor
infecciones asociadas al cuidado de la salud	3	\$ 9,162,384
inoportunidad en respuesta a interconsultas	5	\$ 1,370,700
inoportunidad en traslado de UCI a piso	2	\$ 1,356,400
inoportunidad en traslado intermedio a piso	3	\$ 518,010
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	5	\$1,370,700
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	2	\$1,096,560
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	1	\$ 506,100
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	0	0
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	10	\$166,400
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	3	\$822,420
inoportunidad en solicitud de hospitalización domiciliaria	1	\$274,140
no continuidad en soportes de historia clínica manual	30	\$4,112,100
Total	65	\$20,755,914

Nota. Autores

Se presentan durante este periodo un 42.6% de desviaciones en el proceso de atención de la población auditada, correspondiente a un valor de \$ 20,755,914 del total de aceptación de glosa mensual.

d) Junio 01 al 30 Junio de 2012

Se realiza seguimiento a 94 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención NOTA falla en sistema de historia clínica electrónica cambio a historia clínica manual desde 24 mayo 2012 al 6 junio 2012.

Tabla 4. Seguimiento – Junio 01 al 30 de Junio de 2012

Evento	Frecuencia de casos	Valor
infecciones asociadas al cuidado de la salud	2	\$6,108,256
inoportunidad en respuesta a interconsultas	8	\$2,193,120
inoportunidad en traslado de UCI a piso	0	0
inoportunidad en traslado intermedio a piso	1	\$ 172,670
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	9	\$2,467,260
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	3	\$1,644,840
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	2	\$1,012,200
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	1	\$274,140
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	8	\$133,120
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	2	\$548,280
inoportunidad en solicitud de hospitalización domiciliaria	2	\$548,280
no continuidad en soportes de historia clínica manual	18	\$2,467,260
TOTAL	56	\$17,569,426

Nota. Autores

Se presentan durante este periodo un 59.5% de desviaciones en el proceso de atención de la población auditada, correspondiente a un valor de \$ 17,569,426 del total de aceptación de glosa mensual.

e) Julio 01 a Julio 31 de 2012

Se realiza seguimiento a 120 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención

Tabla 5. Seguimiento- Julio 01 a Julio 31 de 2012

Evento	Frecuencia de casos	Valor
infecciones asociadas al cuidado de la salud	3	\$9,162,384
inoportunidad en respuesta a interconsultas	3	\$822,420
inoportunidad en traslado de UCI a piso	1	\$678,200
inoportunidad en traslado intermedio a piso	2	\$345,340
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	3	\$822,420
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	1	\$548,280
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	0	0
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	0	0
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	1	\$16,640
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	1	\$274,140
inoportunidad en solicitud de hospitalización domiciliaria	2	\$548,280
no continuidad en soportes de historia clínica manual	0	0
procedimiento quirúrgico facturado no realizado	3	\$1,110,200
estancia en uci por criterio médico no pertinente se ajusta a piso	3	\$2,034,600
Total	23	\$16,362,904

Nota. Autores

Se presentan durante este periodo un 19.1 % de desviaciones en el proceso de atención de la población auditada, correspondiente a un valor de \$ 16,362,904 del total de aceptación de glosa mensual .

6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La desviación más frecuente es la inoportunidad que se presenta en diferentes actividades durante la atención en salud. El proceso de auditoría concurrente ha podido determinar las causas que conllevan a que suceda este y otros tipos de desviaciones en los procesos a continuación se hacen referencia a ellas.

- Inoportunidad en contestación de interconsultas
 1. No disponibilidad de subespecialidades en fin de semana
 2. Médicos especialistas insuficientes ante la demanda de pacientes
- Inoportunidad en definir traslado de las unidades de cuidado intensivo a intermedio o de ellas a piso
 1. No disponibilidad de camas libres en pisos de hospitalización
 2. Desconocimiento medico acerca de los criterios médicos institucionales para estancia en unidades especiales lo cual determina el momento de traslado
- Inoportunidad en toma y reporte de imágenes diagnosticas
 1. No disponibilidad de especialista para su realización en fin de semana
 2. No disponibilidad de la tecnología necesaria para su realización
 3. Demoras en entrega e interpretación del reporte.
- Inoportunidad de realización de procedimientos quirúrgicos o diagnósticos especiales
 1. Especialidades con solo 1 díaquirúrgico por semana
 2. No disponibilidad de insumos especiales demora en solicitud

3. Casos especiales que requieren junta quirúrgica la cual se realiza 1 vez por semana
4. Disponibilidad de cama en UCI en su post operatorio ante la complejidad de procedimiento

- Inoportunidad en solicitud de oxígeno domiciliario u hospitalización en casa
 1. Demora en definir conducta medica
 2. Demora en respuesta del asegurador a la solicitud medica
 3. Falta de red de apoyo familiar
- No continuidad soportes de historia clínica manual
 1. evoluciones sin fecha ni hora , registros incompletos de enfermería , no se encuentran soportes de ayudas diagnosticas

- Procedimientos quirúrgico facturado no realizado
 1. Falta de comunicación entre cirujano y facturador de salas de cirugía
- No interpretación de laboratorios
 1. No registro de reporte de exámenes solicitados por medico tratante
- Infecciones asociadas al cuidado de la salud
 1. Estancias prolongadas
 2. Factores no prevenibles ante patología compleja del paciente
 3. Fallo en el seguimiento a protocolos institucionales por el personal de salud

Se puede determinar que durante un periodo de 5 meses calendario en una muestra de la población hospitalaria de un hospital de III nivel de atención se presenta un 33 % de desviaciones en el proceso de atención correspondiente a \$ 88,158,162 representado en un 17.63% de las causas de aceptación de glosa total. El propósito del proceso de auditoría concurrente es disminuir progresivamente el % de aceptación de glosa total a 1 %, instaurando vigilancia, control y mejoramiento en la administración de recursos de la atención en salud.

Una vez detectadas las causas de glosa ante las desviaciones en el proceso de atención durante la auditoría concurrente se pueden tomar medidas de acción inmediata y futuras que eviten que se sigan presentadas estas fallas en la atención, optimizando la atención y recuperación de los pacientes con un adecuado gasto de los recursos.

7. PLAN DE MEJORAMIENTO

Determinando las causas que originan desviaciones en el proceso de atención se pueden establecer estrategias que permitan el mejoramiento de la institución

1. Si la demanda supera la oferta de subespecialidades realizar contratación de personal capacitado según la especialidad con mayor demanda.
2. Capacitación de guías y protocolos institucional al ingreso si es personal nuevo y al personal antiguo cada 3 meses.
3. El personal encargado de imágenes diagnosticas debe revisar a diario si los reportes de los exámenes ya realizados están digitalizados en sistema. Lista de chequeo.
4. Crear en el sistema icono de alarma para ayudas diagnosticas no interpretadas por el médico tratante con el reporte ya disponible.
5. Verificar la liquidación de los procedimientos quirúrgicos realizados por el cirujano previo a la generación de factura de cobro. Segunda revisión por facturación general.
6. Tener un plan de contingencia en caso de fallo del sistema informado a todo el personal para evitar discontinuidad en los registros. Crear archivos independientes en sistema básico donde se digitalicé la historia clínica por usuario
7. Una vez generada la orden de traslado de estancia priorizar su realización cuando es de mayor a menor complejidad por el personal de asignación de camas.
8. Definir desde el ingreso a hospitalización según el estado clínico del paciente tiempo esperado de hospitalización para dar seguimiento, definiendo egresos tempranos con oxigeno domiciliario u hospitalización en casa.

9. El área de programación de salas de cirugía una vez tenga la orden de evento quirúrgico, realizar programación inmediata y solicitud de insumos necesarios para que un término máximo de 72 horas se realice este procedimiento. Conciliando con el médico tratante horas adicionales para realización de dichos eventos.

El proceso de auditoría concurrente realmente realiza una detección oportuna de las desviaciones en los procesos de atención, poniendo en conocimiento estos eventos de forma inmediata a las áreas encargadas su solución y mejoramiento.

Teniendo como apoyo el proceso de auditoría externa por las EPS lo que ha permitido previo al egreso del paciente generar glosas, realizar los soportes de ellas y emitir conciliaciones antes de la facturación disminuyendo en % de glosa inicial, generando una disminución de los tiempos de radicación de cuentas en pre radicado y post radicado facilitando la liquidez financiera de la institución.

Una vez se instauran los planes de mejoramiento con las áreas según sea el caso se disminuirá progresivamente a 1 % de aceptación de glosa total en la institución con un impacto en la calidad de la atención en pro de la excelencia siendo reconocida a nivel nacional como una institución acreditada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Carrion . (2009). *Auditoria Médica - Modulo VII - Auditoria medica de hospitaliacion* .
Universidad Nacional - San Luis Gonzaga.
- Direccion de evaluacion de los servicios de salud. (2009). *Manual de indicadores de servicios de salud*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de www.dged.salud.gob.mx
- Fonseca ; Rivero; Baltazar y Silva. (2009). *Auditoria Medica*. Mexico: Cherrit Med Int Mex.
- Ministerio de la Proteccion Social - Decreto 131. (2010). *Decreto 131 de 2010*. Recuperado el 10 de Octubre de 2012, de <http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13121012010.pdf>
- Ortega. (1994). El auditorio clinico medica I, la calidad en los servicios de salud. *Revista de Medicina clinica* .
- Supersalud. (2009). *Superintendencia de salud*. Recuperado el 15 de Octubre de 2012, de <http://www.supersalud.gov.co/CircularesExternas/2009/CIRCULAR-EXTERNA-056-DE-2009.pdf>

ANALISIS DE CASO DE ADMINISTRACION EN SALUD AUDITORIA CONCURRENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Entidad especializada en la atención de paciente pediátrico referente de patologías complejas a nivel nacional en donde sus principios de honestidad, amor, respeto por los niños y su familia, responsabilidad y compromiso para trabajar en equipo, tengan como respuesta final una prestación de servicios de salud efectiva que cumpla con las necesidades del paciente asegurando la optimización de los recursos y la sostenibilidad de la institución.

De la información recopilada en el área administrativa y financiera se determina que ante una facturación mensual de \$ 5, 000,000,000 el porcentaje de glosa inicial es del 15 % correspondiente a \$ 750,000,000 y el porcentaje de aceptación de glosa total es del 2% correspondiente a \$ 100,000,000.

MODELO DE AUDITORIA CONCURRENTE.

1. Población objeto

El área de hospitalización del cuarto norte tiene capacidad para hospitalización de 68 pacientes en habitación bipersonal y unipersonal los cuales son distribuidos según su patología y área de especialidad tratante, de esta población se realiza el estudio de las siguientes características las cuales son requisito indispensable para entrar en el proceso de auditoría concurrente

- Ser asegurado a EPS que cuente con auditoría externa en la institución
- Estancia Hospitalaria mayor a 3 días

2. Parámetros Institucionales de verificación

- Diligenciamiento completo de historia clínica por sistema
- Racionalidad y pertinencia ante el motivo de consulta , impresión diagnóstica , plan terapéutico y exámenes complementarios
- Evolución diaria completa con análisis, plan terapéutico, justificación de exámenes complementarios, procedimientos a realizar, interconsultas con su respectiva solicitud por medico tratante.
- Procedimientos quirúrgicos, ayudas diagnosticas, estancia hospitalaria o medicamentos que requieran autorización adicional a la de ingreso, al generar la orden medica se procede a informar a la EPS, obteniendo una respuesta aproximadamente entre 24 y 48 horas cuando estas actividades estén incluidas en el plan obligatorio de salud.

Si no están incluidas en el plan obligatorio de salud la respuesta de la EPS puede tardar de 8 a 15 días en su estudio por el comité técnico científico y definir su autorización o no. La institución procede a su

realización o administración previo diligenciamiento del CTC (formato autorización evento no pos) según la urgencia del paciente.

- Cumplimiento de las guías de manejo institucional según la patología del paciente durante su estancia hospitalaria por médicos tratantes y en caso de no ser así suministrar la mejor evidencia de la literatura médica que justifique los cambios de la guía previo concepto de Gerencia Científica.
- Ayudas diagnosticas solicitadas y que tengan disponibilidad tecnológica institucional se toman en un tiempo máximo de 24 horas y si no hay disponibilidad tecnológica institucional se toman en un tiempo máximo de 72 horas.
- Respuesta a solicitud de cualquier interconsultas tiempo máximo de espera 24 horas según la necesidad del paciente.
- Programación y realización de procedimientos quirúrgicos urgentes tiempo máximo de espera 12 horas si son prioritarios o con requerimientos de tecnología especial tiempo de espera entre 3 a 6 días.
- Cumplimiento de los protocolos institucionales en torno a la seguridad del paciente hospitalizado por todo el equipo de atención en salud ejemplo lavado de manos, acto quirúrgico, manejo de catéteres, alimentación parenteral, aislamiento.
- Cuando el médico tratante genere orden para traslado del paciente a otra estancia de mayor o menor complejidad intrahospitalaria esta se haga efectiva el día de su solicitud.

Teniendo en cuenta la anterior información cualquier evento que no cumpla los parámetros de seguimiento institucional se consideran desviaciones dentro del proceso de atención medica, que de una u otra forma afectan a todo el sistema de salud en los usuarios prolongando su estancia hospitalaria, aumentando el riesgo de adquirir infecciones asociadas al cuidado de la salud, demora en la confirmación de diagnósticos y en las conductas terapéuticas. Aumentando gastos y costos en la atención lo que lleva a disminuir la calidad en la atención por parte de las IPS.

3. Proceso

Diariamente se revisa la historia clínica de los pacientes que cumplen con los requisitos para entrar al estudio de auditoría verificando en la historia clínica datos personales, impresión diagnóstica, análisis del caso, plan terapéutico, exámenes complementarios solicitados, interconsultas y procedimientos llevando un registro diario en la base de datos creada para el proceso de auditoría. Una vez se obtiene la información necesaria se realiza ronda medica con los especialistas a cargo del paciente donde se aclaran dudas.

4. Análisis de la Información Base de datos

Se toma la información de la base de datos de auditoría concurrente del 1 marzo del 2012 al 31 julio del 2012 donde se analiza la causa, frecuencia de presentación y el valor que representa como perdida para la institución al presentarse desviaciones en el proceso de atención.

1. Marzo 01 a Marzo 31 del 2012

Se realiza seguimiento a 68 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención.

EVENTO	FRECUENCIA DE CASOS	VALOR
infecciones asociadas al cuidado de la salud	2	\$ 6,108,256
inoportunidad en respuesta a interconsultas	4	\$ 1,096,560
inoportunidad en traslado de UCI a piso	2	\$ 1,012,200
inoportunidad en traslado intermedio a piso	1	\$ 226,000
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	6	\$1,644,840
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	2	\$1,096,560
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	2	\$1,012,280
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	1	\$ 274,140
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	1	\$ 16,640
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	1	\$137,070
total	22	\$12,624,546

2. Abril 01 a Abril 30 del 2012

Seguimiento a 139 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención

EVENTO	FRECUENCIA DE CASOS	VALOR
infecciones asociadas al cuidado de la salud	4	\$12,216,512
inoportunidad en respuesta a interconsultas	7	\$ 1,918,980
inoportunidad en traslado de UCI a piso	2	\$1,356,400
inoportunidad en traslado intermedio a piso	4	\$ 904,000
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	3	\$ 822,420
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	1	\$ 548,280
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	5	\$ 2,530,500
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	1	\$ 274,140
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	0	0
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	1	\$ 274,140
total	28	\$ 20,845,372

3. Mayo 1 a Mayo 31 del 2012 :

Seguimiento a 150 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención NOTA falla en sistema de historia clínica electrónica cambio a historia clínica manual desde 24 mayo 2012 al 6 junio 2012.

EVENTO	FRECUENCIA DE CASOS	VALOR
infecciones asociadas al cuidado de la salud	3	\$ 9,162,384
inoportunidad en respuesta a	5	\$ 1,370,700

interconsultas		
inoportunidad en traslado de UCI a piso	2	\$ 1,356,400
inoportunidad en traslado intermedio a piso	3	\$ 518,010
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	5	\$1,370,700
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	2	\$1,096,560
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	1	\$ 506,100
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	0	0
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	10	\$166,400
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	3	\$822,420
inoportunidad en solicitud de hospitalización domiciliaria	1	\$274,140
no continuidad en soportes de historia clínica manual	30	\$4,112,100
TOTAL	65	\$20,755,914

4. Junio 01 al 30 Junio del 2012

Se realiza seguimiento a 94 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención NOTA falla en sistema de historia clínica electrónica cambio a historia clínica manual desde 24 mayo 2012 al 6 junio 2012.

EVENTO	FRECUENCIA DE CASOS	VALOR
infecciones asociadas al cuidado de la salud	2	\$6,108,256
inoportunidad en respuesta a interconsultas	8	\$2,193,120
inoportunidad en traslado de UCI a piso	0	0
inoportunidad en traslado intermedio a piso	1	\$ 172,670
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	9	\$2,467,260
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	3	\$1,644,840
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	2	\$1,012,200
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	1	\$274,140
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	8	\$133,120
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	2	\$548,280
inoportunidad en solicitud de hospitalización domiciliaria	2	\$548,280
no continuidad en soportes de historia clínica manual	18	\$2,467,260
TOTAL	56	\$17,569,426

1. Julio 01 a Julio 31 del 2012

Se realiza seguimiento a 120 pacientes hospitalizados donde se detectan las siguientes desviaciones en el proceso de atención

EVENTO	FRECUENCIA DE CASOS	VALOR
infecciones asociadas al cuidado de la salud	3	\$9,162,384
inoportunidad en respuesta a interconsultas	3	\$822,420
inoportunidad en traslado de UCI a piso	1	\$678,200
inoportunidad en traslado intermedio a piso	2	\$345,340
inoportunidad en toma de imágenes diagnosticas	3	\$822,420
inoportunidad en realización de procedimiento diagnostico o quirúrgicos	1	\$548,280
inoportunidad en definir traslado de uci a intermedios	0	0
inoportunidad en respuesta de control interconsultas	0	0
inoportunidad en registro de reporte de laboratorios	1	\$16,640
inoportunidad en solicitud de 02 domiciliario	1	\$274,140
inoportunidad en solicitud de hospitalización domiciliaria	2	\$548,280
no continuidad en soportes de historia clínica manual	0	0
procedimiento quirúrgico facturado no realizado	3	\$1,110,200
estancia en uci por criterio médico no pertinente se ajusta a piso	3	\$2,034,600
TOTAL	23	\$16,362,904

4. Preguntas para análisis del caso

1. ¿Cuál es la efectividad del proceso de auditoría concurrente en la organización?
2. ¿Cuál es el impacto del proceso de auditoría concurrente en la organización?
3. ¿Cuáles son los problemas identificados en los procesos de atención?
4. ¿Cuáles considera que son las principales causas de los problemas en la organización?
5. ¿Quiénes se ven afectados en la organización por los problemas detectados?
6. ¿Qué áreas de la organización se identifican para realizar planes de mejoramiento?
7. ¿Quiénes deben participar en la solución de estos problemas?
8. ¿Cuáles deberían ser las estrategias adoptadas por las áreas de la organización para evitar las desviaciones en los procesos de atención?

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Loren Karina Cárdenas López

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 53113671

Nombre Completo Alieith Cecilia Rodríguez Rubio

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 52836848

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Análisis de caso de administración en salud
Auditoria concurrente en un Hospital de
tercer nivel.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Loren Karina Cárdenas</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>ALIETH CECILIA RODRÍGUEZ R</u>
FIRMA: <u>Loren Cárdenas</u>	FIRMA: <u>Alieth R</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>53113671</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>52.836848</u>
FACULTAD: <u>Postgrado</u>	FACULTAD: <u>POSTGRADO</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Auditoría y Garantía de la calidad en Salud</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD</u>

NOMBRE COMPLETO: _____	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: Diciembre 12 del 2012