

MANUAL DE
Auditoría
Programática





M A N U A L D E

Auditoría Programática

Santo Domingo, República Dominicana, 2010

ASOCIACIÓN DOMINICANA PRO BIENESTAR DE LA FAMILIA (PROFAMILIA)

MANUAL DE AUDITORÍA PROGRAMÁTICA

Santo Domingo, República Dominicana, 2010

EQUIPO TÉCNICO:

Elaboración:

Dr. José Mordan, gineco - obstetra, maestro en Salud Pública, auditor médico.

Validación:

Dr. Frank Álvarez, asesor médico de Profamilia.

Dra. Sara Álvarez, sonografista.

Licda. Vivian Brache, Gerente de Investigaciones Biomédicas de Profamilia.

Licda. Leopoldina Cairo, Gerente de Programación y Evaluación.

Licda. Magaly Caram, Directora ejecutiva.

Dr. Julio Demorizi, Gerente Médico Clínica Dra. Evangelina Rodríguez.

Dr. Héctor Montero, Gerente del Programa Comunitario con Adultos.

Licda. Flérida Olivo, Encargada de Evaluación.

Lic. José Rafael Rodríguez, Gerente de Procesos.

Ing. William Reinoso, Director de Gestión institucional

Licda. Gianna Sangiovanni, Directora de Dirección Social.

Dra. Cruz María Santana, Gerente Médico Clínica Dra. Rosa Cisneros.

Dra. Clara Santillán, Gineco-Obstetra.

Dra. Miguelina Vargas, Gineco-Obstetra.

Revisión:

Dra. Digna López, auditora médica externa.

Dra. Mayra Toribio, auditora Programática de Profamilia.

Licda. Odette Ulloa, auditora de Calidad de Atención de Profamilia.

Corrección de texto: Sagrada Bujosa M. y Margarita Cordero

Diseño y diagramación: Karen Cortés H.

Una publicación de PROFAMILIA



www.profamilia.org.do

info@profamilia.org.do

Distrito Nacional, República Dominicana

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
PERFIL INSTITUCIONAL	9
Objetivos del manual de auditoría programática	12
Tipos de auditoría	14
Principios de auditoría	15
Técnicas de auditoría	16
Presentación de informes de auditoría	19
Perfil del/a auditor/a	21
Funciones generales del/a auditor/a	21
Principios éticos del/a auditor/a	21
GUÍA DE AUDITORÍA EN SALUD	25
Auditoría Médica	29
Auditoría Clínica	31
GUÍA DE AUDITORÍA DE PROGRAMAS Y PROYECTOS	55
Auditoría de Proyectos	57
Auditoría de Programas	58
GUÍA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD	61
Auditoría de Calidad	63
Sistema de gestión de la calidad	65
GLOSARIO	69
BIBLIOGRAFÍA	71



PRESENTACIÓN

En el crecimiento y fortalecimiento de una institución de salud, es necesario actualizar los procesos y procedimientos a fin de garantizar servicios eficientes y de calidad. En este sentido, Profamilia presenta una serie de documentos que se aplicarán a nivel de los servicios de las clínicas institucionales, entre los cuales se elaboraron: Manuales, Protocolos de Procedimientos y Guías de Atención; instrumentos que servirán de base para auditar en las diferentes áreas.

Estos documentos están dirigidos a las y los proveedores de salud que laboran en Profamilia, orientados a favorecer la reflexión sobre los fundamentos éticos del trato a los/as usuarios/as que acuden en busca de servicios a las clínicas institucionales.

La elaboración de estos instrumentos propicia el conocimiento de los principios establecidos para la provisión de servicios y una dinámica que favorezca la relación proveedor/a - usuarios/as y el reconocimiento de los factores que favorecen o dificultan el logro de una atención de calidad.

Con su elaboración y divulgación, la institución busca fortalecer el conocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos, lo que implica que los/as clientes que acuden a los servicios tengan derecho a información, garantizando un modelo de atención diferenciado de alta calidad, con credibilidad y confiabilidad.

Los mismos constituyen un esfuerzo más de Profamilia, para contribuir a la reflexión crítica sobre la garantía de la calidad de atención en los servicios de salud que se ofrecen a todas y todos los usuarios, con procedimientos basados en el ejercicio de las normas nacionales e internacionales y las políticas establecidas por la institución.



INTRODUCCIÓN

El Manual de Auditoría es un documento integral que contiene en forma ordenada y sistemática las instrucciones e informaciones sobre procedimientos de cada una de las actividades que se realizan para ejecutar adecuadamente la auditoría en salud.

El manual de auditoría programática es un recurso para aplicarlo en el terreno, en modo alguno, es una pieza inflexible o mecánica, por el contrario, debe ser punto de reparo para el desarrollo de intervenciones de auditoría que trasciendan sus contenidos; en ese sentido, en el futuro debe ser objeto de cambios, congruentes con el desarrollo de la institución y los nuevos paradigmas de gestión.

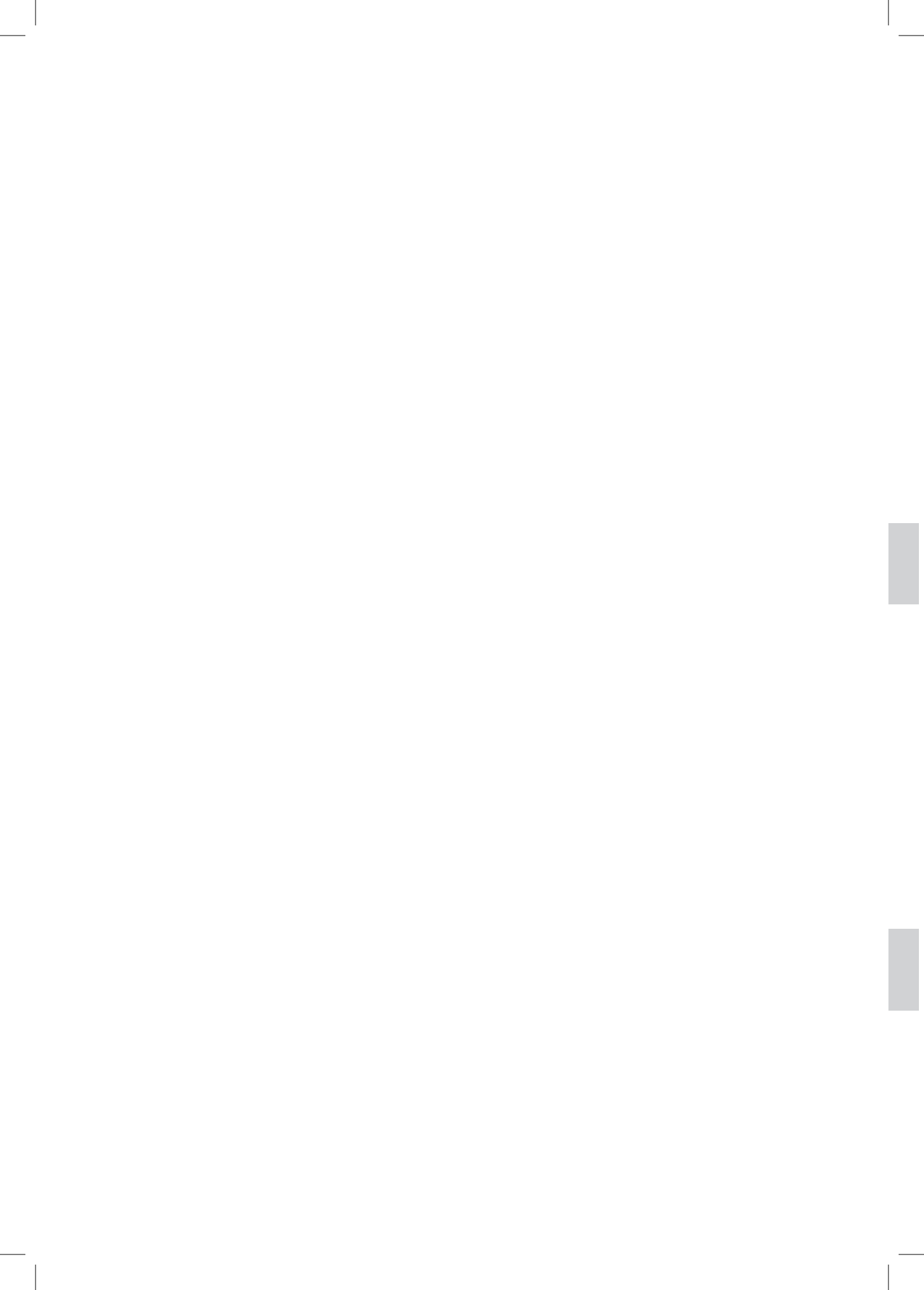
Dicho documento cumple con el objetivo de auditar los principales componentes de la institución a los fines de consolidar la cultura de control, rendición de cuentas y disciplina que identifica a las organizaciones líderes. El manual de auditoría es un medio que impulsa el logro de objetivos programáticos y estratégicos enunciados en la misión, visión y valores institucionales.

El auditor en ejercicio y todos los interesados por el buen desempeño de la auditoría, encontrarán entre los contenidos del Manual la Guía de Auditoría en Salud, Guía de Auditoría de Proyectos y Programas y la Guía de Auditoría de la Calidad; estos instrumentos integran el Sistema de Auditoría Programática de Profamilia, contienen estructuras que lo diferencian entre sí al tiempo que se vinculan como órganos de un mismo circuito, como tejidos de un mismo cuerpo.

La auditoría es pieza clave para el control de la calidad, entendido este como el proceso empleado para cumplir con los estándares, implica observar el desempeño actual, compararlo con un estándar y luego tomar medidas si el desempeño observado es significativamente diferente al estándar. En ese orden las organizaciones deben establecer de forma inequívoca los estándares de desempeño de todos los procesos y hacer coincidir los objetivos programáticos con los estándares de calidad.

Las guías contienen las herramientas necesarias para certificar la eficiencia de las actividades, integran métodos de índole cuantitativos y cualitativos para discriminar a tiempo deficiencias y fortalezas en productos y servicios, del conglomerado de actividades de la organización la auditoría eficiente identifica los procesos claves y en ellos desarrolla observación y cuantificación exhaustiva, insumo básico para definir la eficiencia organizacional, sentar las bases de una filosofía institucional y mide el nivel de éxito logrado.

Con la publicación del Manual de Auditoría Programática, Profamilia confirma su vocación de mejoramiento continuo en su desempeño interno, consolida los propósitos de brindar servicios y productos de calidad, y estimula la cultura de gestión, control y disciplina a todos los niveles de la organización. El liderazgo, la planificación estratégica y confirmación de valores completan las herramientas para seguir construyendo estructuras de calidad y éxito organizacional.



PERFIL INSTITUCIONAL

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Profamilia.

DOMICILIO

Profamilia cuenta con una Oficina Principal en Santo Domingo, Distrito Nacional, Dos Clínicas en el Distrito Nacional, Municipio Santo Domingo Oeste y otra en Santo Domingo Norte, una en San Francisco de Macorís y dos en Santiago de los Caballeros en las provincias del mismo nombre.

NATURALEZA Y FORMA JURÍDICA

Profamilia es una institución con personería jurídica de derecho privado, no persigue fines de lucro, ni tiene afiliación de carácter político-partidista o religioso, No discrimina por razones de raza, creencias religiosas, origen étnico, ideología política, género, orientación sexual, discapacidad o edad y no es controlada por intereses comerciales.

MISIÓN INSTITUCIONAL

Satisfacer las necesidades de salud sexual y de salud reproductiva de la población en la república Dominicana, con énfasis en mujeres y en jóvenes, y promover sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, a través de abogacía, de servicios, de educación y de productos de calidad.

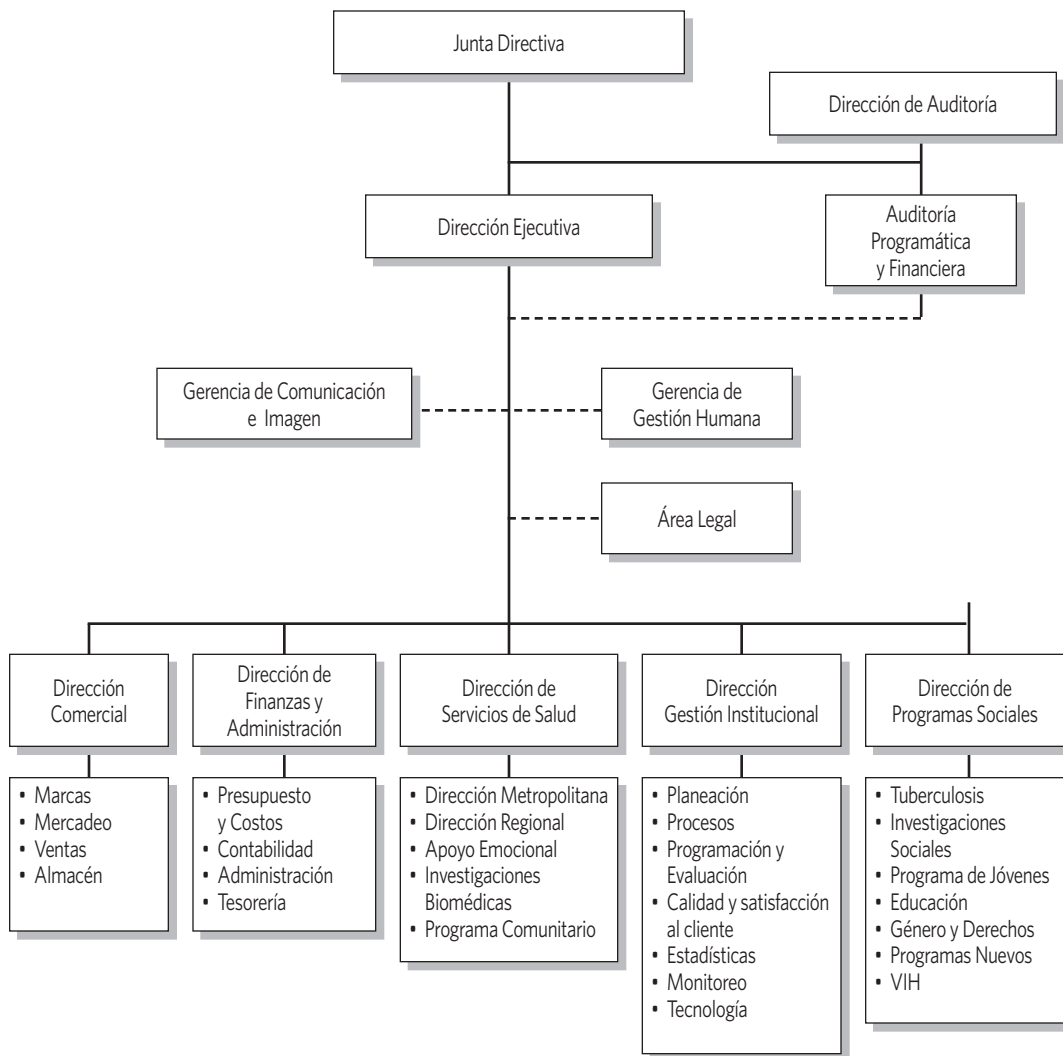
VISIÓN INSTITUCIONAL

Ser una institución líder en la defensa de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y en la atención en salud sexual y en salud reproductiva de calidad, siendo siempre solidaria, innovadora y comprometida con el cambio social y con el logro de la sustentabilidad.

ESTRUCTURA Y ORGANIGRAMA

Profamilia está conformada por una Oficina Principal y cinco clínicas: Clínica Profamilia Dra. Rosa Cisneros (en Santiago), Clínica Profamilia San Francisco de Macorís, Clínica Profamilia Camboya (en Santiago), Clínica Profamilia Sabana Perdida (Santo Domingo Norte) y Clínica Profamilia Dra. Evangelina Rodríguez (Distrito Nacional).

A continuación se presenta el organigrama aprobado por la Junta Directiva de Profamilia. Actualmente Auditoría Programática y Auditoría Financiera están funcionando como posiciones de staff de la institución, prescindiéndose de la Dirección.



VALORES INSTITUCIONALES

NUESTRO PERSONAL (Asociado, colaborador o empleado)

En Profamilia ofrecemos a nuestros empleados y empleadas un ambiente de trabajo seguro y estable. Respetamos la capacidad intelectual de los individuos en el proceso de reclutamiento, selección y en las relaciones internas de trabajo. Nos preocupamos continuamente por el entrenamiento de nuestros asociados, a fin de favorecer su desarrollo interno.

Estamos comprometidos con la realización del trabajo en equipo para crear un ambiente propicio para la delegación, la iniciativa, la creatividad y la toma de riesgo que son necesarios para el desarrollo nuestro personal.

Fomentaremos el respeto profesional y la comunicación franca y abierta entre nuestro personal y en la realización supervisor-supervisado.

Creemos que todos los empleados tienen derecho a la dignidad, el respeto y el reconocimiento merecido sin discriminación de ningún tipo.

NUESTRAS (OS) USUARIAS (OS)

Creemos que nuestra razón de ser es la satisfacción de nuestras(os) usuarias(os). Queremos ser reconocidos como proveedores de acciones y servicios de calidad, seguros, oportunos y asequibles en términos económicos. Nuestra filosofía está basada en el respeto a los derechos humanos y a la elección libre, consciente e informada acerca del número de hijos que deseen y en el tiempo que los puedan tener, así como de los métodos y/o servicios que quieran utilizar, dentro de una visión integral de desarrollo humano, individual y colectivo.

LAS COMUNIDADES

Es nuestro compromiso defender y promover el derecho de las comunidades al acceso a la educación, información y servicios en materia de Salud Sexual, Reproductiva y Planificación Familiar, con el fin de contribuir a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes, atendiendo a sus necesidades y respetando sus culturas, valores y el derecho a su autodeterminación.

Trabajaremos en coordinación con los sectores que forjan opiniones y participan en la toma de decisiones para crear conciencia sobre la necesidad de crear políticas coherentes sobre población y desarrollo y sobre los derechos de las comunidades y de las personas.

Con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, grupos de base y de movimientos de mujeres, estableceremos líneas horizontales y abiertas de trabajo, optimizando lo que nos une y respetando las diferencias.

LAS AGENCIAS DE COOPERACIÓN

Negociamos con las agencias de cooperación sobre las mejores opciones para las comunidades y el país, dentro del marco de las políticas y normas mutuas. Damos a los fondos un uso eficiente y mantenemos a nuestros donantes informados sobre la utilización de los mismos, así como del desarrollo de los proyectos y/o programas a los cuales

son destinados, comprometiéndonos a involucrar a las comunidades en la participación de la sustentabilidad económica y programática de los mismos.

NUESTROS SUPLIDORES

Creemos que los proveedores son parte del compromiso que tiene la institución con el mejoramiento continuo de sus productos y servicios. Con ellos estableceremos relaciones basadas en la confianza y en un servicio que nos garantice calidad, oportunidad y el mejor precio.

OBJETIVOS DEL MANUAL DE AUDITORÍA PROGRAMÁTICA

OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas para hacer eficientes las actividades de auditoría programática de Profamilia, facilitando el conocimiento de los procesos por auditar, estableciendo los objetivos y metodología para el desarrollo de la gestión clínica como las vinculadas a indicadores que miden la calidad durante la entrega de servicios, procesos de calidad institucional y administración de programas y/o proyectos.

Objetivos Específicos

- 1) Definir los conceptos de auditoría para el control e interpretación de procesos internos y externos, antes, durante y después de la entrega de productos y servicios de Profamilia.
- 2) Describir las herramientas de auditoría que apoyan las actividades de control y estandarización de productos y servicios de la institución.
- 3) Sistematizar los procedimientos de auditoría a los fines de lograr unidad de criterios durante la evaluación institucional.
- 4) Promover la cultura de calidad, disciplina y control de los procesos de la institución.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente manual será aplicado en todos los procesos de auditorías internas y externas de Profamilia, como herramienta de control, será utilizado para auditar la calidad en los procesos de atención médica, el desempeño de los proyectos y la gestión institucional.

ALCANCE GENERAL

El Manual de Auditoría es una herramienta de apoyo a los auditores en el desempeño de actividades de monitoreo de procesos, vigilancia de indicadores, presentación de informes y análisis de situación de servicios y proyectos.

DEFINICIONES DE AUDITORÍA

Alvin A. Arens y James K. Loebbecke define la auditoría así:

“Auditar es el proceso de acumular y evaluar evidencias, realizado por una persona independiente y competente acerca de la información cuantificable de una entidad específica con el propósito de terminar e informar sobre el grado de correspondencia existente entre la información cuantificable y los criterios establecidos”.

De esta definición se destaca lo siguiente:

- a. El proceso de auditoría consiste en recoger evidencias, que deben ser objetivas y suficientes.
- b. Debe ser realizado por una persona independiente y competente, es decir, quien realiza la auditoría debe tener las capacidades, debe conocer del tema que va a auditar.
- c. El propósito final de la auditoría es entonces, el grado de correspondencia entre una información que ha sido previamente establecida y unos criterios que han sido también establecidos.

La American Accounting Association define la auditoría como:

“Un proceso sistemático y objetivo de obtener y evaluar la evidencia referida a ciertas afirmaciones acerca de acciones y hechos económicos, para asegurar el grado de correspondencia entre dichas afirmaciones y los criterios establecidos, comunicando los resultados a los usuarios interesados.”

CLASES DE AUDITORIA

1. **Auditoría Interna.** Es la denominación de una serie de procesos y técnicas a través de los cuales se obtiene una información de primera mano para la institución respecto a los diferentes procesos de la prestación de servicios previamente establecidos en las políticas y/o procedimientos de Profamilia.

La Auditoría Interna es una función independiente de evaluación establecida dentro de una organización, para examinar y evaluar sus actividades como un servicio a la misma institución y eficiencia de otros controles.

El auditor interno forma parte del propio control de Profamilia y su extensión hacia el examen y evaluación de otros controles instaurados, partiendo del hecho de ser considerado este profesional como un experto en materia de control.

Es importante destacar que Profamilia cuenta con Coordinadores y Gerentes Médicos/as y de Operaciones que dentro de área de trabajo tienen dentro de sus funciones realizar las auditorías internas tanto en el área administrativa como en la de salud. Estos dan seguimiento al plan de acción ya elaborado luego de las recomendaciones dadas por el equipo de Auditoría Programática.

El objetivo de la auditoría interna es apoyar a los miembros de Profamilia en el desempeño de sus actividades y la proporción de un efectivo control a un costo razonable.

2. **Auditoría Externa.** Evalúa los datos emitiendo el veredicto sobre la racionalidad, aportando credibilidad por el análisis y validación de los resultados de auditorías realizadas. Es llevada a cabo por un profesional externo a la institución.

La institución cuenta con un equipo de auditores externos, es decir, que no pertenecen a la nómina de Profamilia, que validan las auditorías internas realizadas y aplican auditorías en áreas especializadas según su experiencia y/o en casos de demanda donde efectúan Auditorías Basadas en Evidencia.

Además, en las clínicas existen profesionales que son expertos en temas específicos y que según necesidad son contactados para realizar auditorías específicas fuera de su área de trabajo, pero dentro de la institución.

DIFERENCIAS	
AUDITORÍA INTERNA	AUDITORÍA EXTERNA
Valoración que debe realizar pertinentemente la gerencia médica de las clínicas de Profamilia y consiste en resumir y clasificar registros médicos y evaluar la calidad de la atención médica y de salud a las/os usuarias/os.	En la cual una institución externa a la clínica o a la institución, determina periódicamente si las auditorías internas realizadas son completas y exactas, validando sus resultados.

TIPOS DE AUDITORÍA

- Financiera
- Operacional
- Administrativa
- De economía y eficiencia
- De gestión
- Integral
- De salud
- De la Calidad
- De programas y proyectos
- De cumplimiento
- De informática
- Ambiental
- Ecológica.

El Manual de Auditoría Programática contiene la Guía de Auditoría en Salud, Guía de Programas y Proyectos y Guía de la Calidad. A continuación una breve descripción de cada una:

1. **Auditoría en Salud.** Es una evaluación integral realizada al proceso de atención en salud y quienes participan en él, para garantizar la calidad de la atención en salud, contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente y eficaz los recursos asignados para la prestación de servicios. Dentro de esta evaluación está incluida la documentación (expediente clínico), los procedimientos y diagnósticos, que deben estar enmarcados en los manuales y protocolos de la institución y por ende en la norma médica vigente del país.
2. **Auditoría de Programas:** Evalúa los procesos y proyectos que conforman los programas en cuanto a su planeación, ejecución, productos y/o resultados.

3. **Auditoría de Proyectos:** Evalúa el conjunto de actividades interrelacionadas con sus objetivos a corto, mediano y/o largo plazo, los recursos contemplados y ejecución de los mismos.
4. **Auditoría de la Calidad:** Evalúa el sistema de garantía de calidad de toda la organización, los procesos, procedimientos, recursos y responsabilidades para la gestión de calidad.

PRINCIPIOS DE AUDITORÍA

Los principios de la auditoría son cuatro:

1. **La exposición:**

Los resultados gerenciales deben exponerse en forma completa, solamente así las decisiones no son engañosas. Que quiere decir este principio básicamente que no podemos tomar fuera del contexto alguna apreciaciones, que consideren importantes y esto no está dentro de los principios de la auditoría es decir deben exponerse todas las informaciones en estos eventos.

2. **La uniformidad:**

Consiste en que la base de la presentación de una información financiera sea igual en diferentes periodos, lo cual permite la comparabilidad; esto es algo importante, a veces comparamos periodos diferentes, a veces incurrimos en el error de comparar un semestre frente a un año completo, o el primer trimestre frente al último trimestre del mismo año. Finalmente, la idea es que los informes deben mantener una uniformidad.

3. **La importancia:**

Se refiere a la representatividad que un valor, dado o cifra tenga, dentro del conjunto analizado; su presentación debe referirse a aspectos importantes, recurrentes o de trascendencia para la organización. A veces informamos lo que es importante y dejamos lo informar de importante.

4. **La moderación:**

Conocido también como el del conservadurismo. Es la prudencia con que debe mantenerse la información, es lo que permite evaluar las decisiones a tomar se prefieran aquellas que favorezcan a la empresa a largo plazo, a esto se le ha conocido como el principio de la moderación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actividades, Responsables y Tiempo de Ejecución

TÉCNICAS DE AUDITORÍA

La observación. Consiste en apreciar mediante el uso de los sentidos, los hechos y las circunstancias relacionadas con el desarrollo de los procesos o con la ejecución de uno o varias operaciones, para su aplicación. El auditor debe definir que va a observar, determinar cuando y donde va a efectuar la observación, el lugar de los hechos y anotar los aspectos importantes observados.

La revisión selectiva. Es el examen crítico de una situación por lo general compleja, a partir de la separación del todo en sus partes o componentes, de una manera coordinada. Este ejercicio permite conocer a fondo su estructura y características y compararlas con otra situación deseable o estándares para tener elementos de juicio y si fuera oportuno emitir conceptos, para su aplicación se deben fijar los objetivos en forma clara, recopilar toda la información disponible para el análisis, ordenar la información en sus partes o componentes, analizar cada parte, resumirla en áreas entre cada una de ellas e integrar sus resultados.

El rastreo o trazabilidad. Es la capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración, es decir conseguir el origen de las cosas, la historia, recuperar los documentos, darles seguimiento desde su origen a cada uno de los instrumentos o documentos objetos de la auditoría.

TÉCNICA DE VERIFICACIÓN VERBAL

1. **La indagación.** Consiste en obtener información verbal mediante averiguaciones con empleados o con terceros, sobre posibles puntos débiles de la aplicación de los procedimientos, prácticas u otras situaciones que tengan incidencia en el trabajo de la auditoría.
2. **La encuesta.** Consiste en la aplicación de un cuestionario previamente establecido sobre el objeto o el área a auditar.

TÉCNICA DE VERIFICACIÓN ESCRITA

1. **El análisis.** Consiste en la clasificación o agrupación de los distintos elementos que componen un servicio de salud y/o una clínica. En salud existen dos tipos de análisis, cuantitativo y cualitativo.
2. **La conciliación.** Consiste en establecer la correspondencia y confiabilidad entre dos registros independientes, pero fraccionados entre sí. Esto tiene mayor implicación en el área financiera y para su aplicación debe definirse la cuenta o las cuentas que van a ser objeto de conciliación, determinar la fecha de corte para conciliación, obtener de contabilidad el saldo de las cuentas que se van a conciliar, cotejar contra los registros, los informes de la dependencia correspondiente y aclarar las diferencias que resulten y cuando sea necesario recomendar los ajustes necesarios. De igual manera las conciliaciones se utilizan entre las administradoras de Riesgos de Salud y las Prestadoras de servicios de Salud y/o proveedores médicos.

- 3. La confirmación.** Consiste en cerciorarse de la validez de las operaciones realizadas o de las cifras mediante comunicación directa con terceros que conocen la naturaleza y condiciones de lo que se quiere confirmar, y por tanto puede informar sobre su autenticidad, para su aplicación se debe definir entonces el aspecto por confirmar y quien lo va a realizar, disponer de la información para cotejarla con las de terceros, definir a quienes se debe solicitar información, elaborar y enviar las comunicaciones, cotejar la respuesta de tercero con la entidad e informar los resultados.
- 4. La tabulación.** Consiste en agrupar todos los datos y hallazgos obtenidos objeto de la auditoría.

TÉCNICA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTAL

- 1. La comprobación.** Consiste en examinar los soportes y registros que apoyan o sustentan una aplicación o transacción mediante la obtención de evidencias suficientes que certifiquen que se ajustan a los criterios establecidos y probando que los documentos requeridos son válidos, los registros son confiables y las autorizaciones son auténticas. Para su aplicación se debe entonces precisar la situación objeto de la comprobación, recolectar documentos y demás soportes de la operación, determinar en la operación y en los documentos soportes las evidencias suficientes que demuestren su veracidad, validez y registrar e informar los resultados.
- 2. El cálculo o computación.** Una parte de los datos de la contabilidad son reflejados en los estados financieros, que es el resultado de cálculos o cómputos sobre ciertas bases predeterminadas, por ejemplo, cálculos de provisiones, de reservas, de impuestos, de proyectos, entre otros.

TÉCNICA DE LA VERIFICACIÓN FÍSICA

La inspección. Consiste en constatar técnicamente en un objeto, lugar o situación, sus características, componentes, medidas, accesorios, seguridades, colores, cantidades, atributos técnicos y estados en que se encuentran para su aplicación. Se debe entonces precisar que se va a inspeccionar, definir para que se hace la inspección, asignar la persona adecuada para efectuarla, recolectar información necesaria que permita su confrontación frente a los libros, por ejemplo, ejecutar la inspección y registrar e informar sobre sus resultados.

TÉCNICAS DE AUDITORÍA CON LA AYUDA DEL COMPUTADOR

Estas técnicas de auditoría requieren el uso de programas y equipos de computación para realizar el trabajo de la misma, se pueden desarrollar softwares específicos que apoyen la labor del/la auditor/a en las evaluaciones y que faciliten la sistematización de los resultados.

NATURALEZA CONFIDENCIAL DE LOS PAPELES DE TRABAJO

El auditor debe tener acceso irrestricto a toda la información administrativa y operativa de la entidad, la cual confiará en el secreto profesional del auditor. Los registros en sus papeles de trabajo son de naturaleza confidencial. Un auditor no deberá violar la relación confidencial existente entre él y la entidad auditada.

PROPIEDAD, CONTROL Y CUSTODIA DE LOS PAPELES DE TRABAJO

Los papeles de trabajo son preparados a través de la auditoría con base en la información recopilada sobre la entidad.

Estos papeles son propiedad exclusiva de la institución y custodia del auditor. Deben ser conservados por un periodo de tiempo suficiente, de acuerdo con las necesidades de su práctica y para satisfacer cualquier requerimiento legal sobre la auditoría realizada.

El archivo debe ser permanente por considerarse fuente de consulta continua, debe conservarse por un promedio de 10 años, actualizándose cuando las circunstancias así lo exijan.

FINALIDAD DE LOS PAPELES DE TRABAJO

- Son instrumentos utilizados para la realización de los procedimientos de auditoría.
- Para la supervisión a medida que se avanza el proceso.
- Son fuentes de información y evaluación.
- Se utilizan como material para la revisión final del trabajo de auditoría.
- Proporcionan información y bases para la emisión de informes.
- Facilitan la preparación del informe de auditoría.
- Son útiles para comprobar y explicar en detalle las opiniones y conclusiones en el informe de auditoría.
- Hacen posible proveer un registro histórico permanente de la información examinada y los procedimientos de auditoría aplicados.
- Permiten actuar como guía de exámenes posteriores.
- Proporcionan información para la preparación de declaraciones para agencias gubernamentales.
- Protegen la integridad profesional del auditor y ayudan a justificar su actuación ante cualquier cuestionamiento o demanda que pueda plantearse sobre el desarrollo y resultados del auditaje.
- Constituyen instrumento de planeamiento y control de los procedimientos de auditoría, demostrando que el trabajo ha sido adecuadamente efectuado en concordancia con las normas de auditoría relativas a la ejecución del trabajo contenida en el presente manual.

DOCUMENTOS QUE SIRVEN COMO INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE AUDITORÍA

Marco Legal: Ley General de Salud 42-01, ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (87-01); código laboral; Políticas y Estatutos de Profamilia.

La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, en su artículo 163 de conformidad con la Ley General de Salud (42-01) y con las disposiciones que adopte la SESPAS como organismo rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), dicta que las PSS deberán establecer sistemas de garantías de calidad y autorregulación a fin de alcanzar y mantener niveles adecuados de calidad, oportunidad y satisfacción de los y las usuarios/as así como detectar cualquier falla que afecte su desempeño.

Registros: Sistema Lolcli, software para auditoría programática, expediente clínico, historia clínica, hojas clínicas, nota de ingresos y egresos, formularios de consentimiento informado, manuales, guías y/o protocolos de atención.

DOCUMENTACIÓN Y PROCESOS POR AUDITAR:

- Historia Clínica
- Hojas Clínicas
- Cuentas médicas
- Hojas de evolución
- Órdenes médicas
- Proceso diagnóstico
- Proceso terapéutico
- Registros de enfermería
- Hoja descriptiva de procedimientos
- Hojas de egresos
- Hojas de ingresos
- Hoja referencia y contrarreferencia
- Epicrisis
- Procesos de consejería
- Procesos quirúrgicos
- Procesos de bioseguridad institucional
- Procesos de prevención de infecciones
- Disponibilidad de desechos y protección del medio ambiente
- Encuestas de calidad de servicios por el usuario
- Certificados de Habilitación
- Infraestructuras, equipamiento y tecnología
- Evaluación de desempeño de recursos humanos
- Registro de procesos clínicos y administrativos relacionados

PRESENTACIÓN DE INFORMES DE AUDITORÍA

El informe es un producto, cuando se concluye la auditoría la única evidencia de la presencia del auditor es el informe. Los informes en auditoría deben ser:

- Objetivos
- Útiles
- Oportunos
- Exactos
- Claros
- Constructivos
- Concisos y precisos
- Suficientes
- Con Calidad convincente

Son características de un buen informe de auditoría, que sea:

- Verificable.
- Consciente de las inferencias que hace, con hechos convincentes.
- Responsable de los juicios que emite.
- Los hallazgos deben contener afirmaciones claras y concisas del problema.
- Las observaciones deben estar relacionadas con áreas en las que las acciones correctivas puedan dar unos resultados óptimos o un comportamiento mejorado.

CONTENIDO MÍNIMO DEL INFORME DE AUDITORÍA

- Institución
- Lugar
- Alcance
- Tipo de auditoría
- Fecha de expedición del informe
- Destinatario
- Introducción
- Marco de referencia
- Descripción del caso
- Planteamiento del problema objeto del proceso de auditoría
- Objetivos
- Criterios
- Estándares
- Descripción de la metodología seguida
- Presentación de resultados y/o hallazgos
- Discusión y/o análisis de la información
- Objetivo de la situación encontrada
- Conclusiones (aspectos relevantes, a mejorar, plan de mejoramiento, formulación de recomendaciones para auditorías de seguimiento)
- Conceptos de auditoría (favorable el proceso o caso evaluado, desfavorable, inhibitorio, si no hay suficientes elementos)
- Firma del auditor responsable
- Anexos (si son pertinentes).

FLUJO DE INFORMACIÓN DE AUDITORÍA PROGRAMÁTICA

Los informes de las diferentes auditorías en Profamilia se remiten a Dirección Ejecutiva, quien los enviará al Director de Servicios de Salud y este a su vez, lo envía a los Gerentes/ Coordinadores Médicos/as y de Operaciones, según corresponda. En caso de que Auditoría Programática considere que la información debe llegar de manera oportuna al área correspondiente, debe enviar copia de la auditoría realizada.

Luego de enviar el informe, Auditoría Programática analiza y valida con el Director de Servicios de Salud las recomendaciones producto de la auditoría, participa en el proceso de Socialización de los resultados y elaboración del plan de acción de las recomendaciones, bajo la convocatoria de la Dirección de Servicios de Salud. En este proceso participan el área de Evaluación, Gerencia y/o Coordinación Médica y Gerentes de Operaciones y personal con incidencia en el área o aspecto auditado.

Los/as Gerentes/Coordinadores Médicos/as deben dar seguimiento al cumplimiento del plan de acción, mediante la realización de auditorías internas y socializar estos resultados con la Dirección de Servicios de Salud y Auditoría Programática.

Auditoría Programática continúa desarrollando el ciclo de auditorías para dar el seguimiento posterior, con el objetivo de comprobar la realización de las acciones correctivas o modificaciones que se hayan formulado en las recomendaciones, así como pesquisar posibles nuevos hallazgos.

PERFIL DEL/A AUDITOR/A

1. Ser profesional de la salud.
2. Tener inquebrantables principios éticos y morales.
3. Gozar de respeto como persona y como profesional. Ser respetado y dar razones.
4. Tener conocimiento específico del área objeto de la auditoría y por lo tanto, manejar adecuadamente los criterios generales para la atención.
5. Tener formación como evaluador de calidad y como auditor clínico, y estar respaldado por sólidas bases técnicas en ese campo.
6. Poseer experiencia administrativa y clara visión general.
7. Ser crítico, conciliador, ecuánime y tener un alto sentido de la justicia.
8. Manejar excelentes relaciones de respeto, con los profesionales y con las entidades.
9. Tener habilidad y capacidad para trabajar en equipo.

FUNCIONES GENERALES DEL/A AUDITOR/A

- Verificar los derechos del cliente: periodos de carencia, preexistencias, exclusiones, autorizaciones, entre otros.
- Si es posible, visitar la totalidad o cuando menos un porcentaje importante de los/as pacientes hospitalizados/as, y presentarse ante ellos/as como auditor/a clínico/a de la entidad para la cual presta sus servicios.
- Comprobar el cumplimiento, por parte de la entidad del servicio, de las condiciones estructurales mínimas para garantizar la calidad de la atención.
- Revisar los registros clínicos correspondientes a la atención de los y las clientes.
- Examinar el cumplimiento de las normas técnico-clínicas del servicio, acciones y conductas del médico tratante, atención de enfermería, gestión de los otros profesionales.
- Verificar las condiciones de la atención hospitalaria: habitación, medicamentos, alimentación, higiene, enfermería, servicios de apoyo, entre otros.
- Comprobar el cumplimiento de los términos y de las cláusulas de los contratos de prestación de servicios, especialmente desde la óptica de las obligaciones técnico-científicas, si ese es el caso.
- Examinar si los registros clínicos son veraces y si contienen información completa, adecuada y legible.
- Identificar las fallas o el incumplimiento de los atributos de calidad, en el proceso de atención clínica de pacientes o de usuarios/as de los servicios.
- Recibir y tramitar las quejas de los y las clientes y de sus familias.
- Verificar si los y las clientes reciben un trato humano y una atención personalizada.
- Llevar un registro de los problemas identificados.

PRINCIPIOS ÉTICOS DEL/A AUDITOR/A

El/a Auditor/a debe:

1. Mantener su integridad y objetividad.
2. Ser independiente de quienes le han contratado y de aquellos a quienes sirve.
3. Anteponer ante cualquier interés el beneficio que, como producto de su trabajo, pueda generarse para los/as usuarios/as de las entidades asistenciales, en primer lugar y en segundo orden, para los/as trabajadores de la salud y para las entidades a las que presta sus servicios.

4. Ser honesto/a y diligente en el desempeño de sus deberes y responsabilidades.
5. Actuar siempre y en todos los aspectos con un alto sentido de la lealtad hacia la empresa o hacia la persona a quien se está prestando los servicios.
6. Comprometerse a prestar únicamente aquellos servicios por los cuales razonablemente pueda garantizar alta competencia profesional.
7. Ser prudente en el uso de la información obtenida o generada como producto del desempeño de sus labores. La información será utilizada únicamente con el propósito de colaborar para mejorar la calidad de los servicios de salud.
8. Adecuarse a sus clientes, ser sincero/a, sensible, humano/a, justo en el cumplimiento de sus labores y servirles con sus mejores habilidades, con esfuerzo profesional y consciente de sus responsabilidades.
9. Observar las normas generales y técnicas de la profesión y esforzarse continuamente en mejorar su competencia y la calidad de su servicio.
10. Tener siempre en mente la obligación de mantener altos niveles de calidad, moralidad y dignidad en el ejercicio de su profesión.
11. Abstenerse de hacer comentarios sobre los hallazgos de los procesos de auditoría que lleve a cabo.
12. Comportarse de tal manera que engrandezca a su profesión y a su habilidad en el cumplimiento adecuado de sus obligaciones.
13. Esforzarse continuamente por mejorar la calidad de sus servicios.
14. Informar seria, veraz y responsablemente los resultados de su gestión.

FILOSOFÍA DE LA AUDITORÍA

La Evidencia. Es la razón de ser de la Auditoría. Está centrada en la recogida de las evidencias. Por lo tanto, debe obtenerse evidencia suficiente, competente y relevante para fundamentar razonablemente los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones que formulen los auditores respecto al organismo, programas, actividades o funciones que sea objeto de la auditoría.

Cuidado debido del/a auditor/a. Es importante dentro del concepto de auditoría, que la persona que realiza la auditoría sea exageradamente cuidadosa en el manejo de la información y de los datos y en especial en el comportamiento ético, como persona. Se debe actuar con el debido cuidado profesional al ejecutar la auditoría, incluyendo la aplicación correcta de criterios para determinar su alcance, obtener y evaluar la evidencia, planear las pruebas, seleccionar métodos, técnicas y demás procedimientos que deban aplicarse con ese propósito, presentar los resultados, conclusiones y recomendaciones en los informes.

La presentación adecuada, los informes y la presentación personal de quien realiza la auditoría. Es importante y rige dentro del concepto de la auditoría.

La independencia. Es importante que los y las auditoras sean independientes y objetivos/as, libres de impedimentos en relación con el personal, actividades y operaciones de la entidad auditada. Se debe tener independencia mental frente al área o proceso a auditar. La conducta ética. El/la auditor/a debe actuar de una manera ética, siguiendo todos los principios éticos y morales que rigen a la sociedad.

La exposición. Los resultados gerenciales deben exponerse en forma completa, así las decisiones serán las más adecuadas. Este principio se refiere a que no se puede dejar

fuera del contexto algunas de las informaciones que sean relevantes, puede ocurrir y es probable que algunas personas utilicen esa estrategia dejando fuera del contexto algunas apreciaciones que se consideren importantes y esto no se observa en los principios de la auditoría, es decir, deben exponerse todas las informaciones en estos eventos.

La uniformidad. Consiste en que la base de la presentación de una información programática o de salud sea igual en diferentes periodos, lo cual permite la comparación; esto es algo importante a tener en cuenta, cuando se compara periodos diferentes, se puede incurrir en el error de comparar un semestre frente a un año completo, o el primer trimestre frente al último trimestre del mismo año. Por lo tanto, la idea es que los informes deben mantener una uniformidad.

La importancia. Se refiere a la representatividad que un valor, dato o cifra tenga dentro del conjunto analizado; su presentación debe referirse a aspectos importantes, recurrentes o de trascendencia para la organización. A veces se informa lo que no es importante y se deja de informar lo importante.

La moderación. Conocido también como el principio del conservadurismo. Es la prudencia con que debe manejarse la información, es lo que permite evaluar las decisiones a tomar se prefieran aquellas que favorezcan a la empresa a largo plazo, a esto se le ha conocido como el principio de la moderación.

La comparación. A través del análisis de comparación, el/la auditor/a puede determinar los ítems más importantes a revisar, las principales fortalezas y debilidades que se ha presentado en las diferentes auditorías, la apreciación la hace el/la auditor/a aplicando su juicio profesional, su experiencia, teniendo en cuenta los principios de materialidad, e importancia relativa a los hallazgos.





Guía de Auditoría en Salud



INTRODUCCIÓN

En nuestro medio la Auditoría en Salud se ha estado realizando en la mayoría de las organizaciones de salud, de modo permanente. Sin embargo, con el tiempo se han desarrollado diferentes metodologías, procesos y procedimientos, lo cual dificulta establecer los estándares correspondientes. Es por este motivo, que resulta necesario contar con políticas, manuales, protocolos y/o guías, que establezcan los ámbitos de competencia y determinen los procesos de Auditoría en Salud, para el mejoramiento continuo de la calidad en las organizaciones de salud.

Asimismo, la presente guía, afianza el tercer componente del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, referido a la Garantía y mejora de la Calidad, en armonía con el esfuerzo que ha venido desarrollando Profamilia, con el fin de mejorar la calidad de los servicios, recursos y tecnologías de la institución y uniformizar principios, procesos y procedimientos e instrumentos de Auditoría Programática.

Anteriormente se hacía énfasis indebido en el secreto, ya que las auditorías médicas se realizaban únicamente en los casos en que existían buenas razones para sospechar de algún problema. Con los años se han buscado indicadores que se obtengan fácilmente de las estadísticas hospitalarias y que sirvan como indicadores fiables de la calidad de la atención médica en hospitales: tales como, Tasa de Mortalidad, Estancia Hospitalaria, Concordancia entre Diagnóstico pre y postoperatorio.

La situación ha mejorado con la incorporación por parte del organismo rector, la Habilitación y Acreditación de Hospitales, cuyas inspecciones incluyen sistemáticamente el mayor número de componentes de una auditoría que las circunstancias permitan, aunque el hecho de que pocos hospitales realicen auditorías internas, menoscaba esa fase de acreditación de los establecimientos de salud al no poder aplicar la auditoría externa.

Todas las acciones de orden clínico deben ser objeto de evaluación, todo el personal debe colaborar con entusiasmo con esta trascendente labor que resulta cotidiana en las instituciones médicas líderes en calidad de servicios como es el caso de Profamilia.

AUDITORÍA EN SALUD

La Auditoría en Salud involucra los conceptos enfocados hacia el proceso de atención en salud y quienes participan en él, haciendo referencia al documento básico que es la Historia Clínica, sus procedimientos y diagnóstico, enmarcados en el Manual Administrativo de Expediente Clínico de Profamilia.

La Auditoría en Salud se constituye en un elemento fundamental para el desarrollo de las instituciones del sector y surge como una necesidad legal.

LOS APORTES DE LA AUDITORÍA EN SALUD CONTEMPLAN:

- Mejorar la calidad del proceso de atención en salud.
- Evidenciar la falla de la práctica profesional.
- Permitir la superación profesional.
- Permitir la estimulación permanente.
- Impulsar la actualización continua.

Lo más importante de tener que “La auditoría en salud no es una oficina de quejas y reclamos”.

ESTRUCTURAS BLANCO DE AUDITORÍA EN SALUD

- o Clínica Profamilia Dra. Evangelina Rodríguez, Santo Domingo.
- o Clínica Profamilia Dra. Rosa Cisneros, Santiago.
- o Clínica Profamilia Camboya, Santiago.
- o Clínica Profamilia Sabana Perdida, Santo Domingo Norte.
- o Clínica Profamilia San Francisco de Macorís, en la provincia del mismo nombre.
- o Médico Asociado a Profamilia, San Juan de la Maguana.
- o Unidad de Apoyo Emocional, Oficina Principal.

TIPOS DE AUDITORÍA EN SALUD Y SU ALCANCE

Estas son: Auditoría Médica y Auditoría Clínica.

AUDITORÍA MÉDICA

1. Es un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica con base en el análisis crítico del expediente clínico y el proceso de atención, cuyo objetivo fundamental es mejorar la calidad de los servicios, contribuir a la educación de manera continua de los profesionales de la salud y emular la excelencia profesional.
2. Es un instrumento de evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos de atención médica a través de la revisión sistemática, continua y objetiva del trabajo profesional médico, teniendo como base el análisis de los expedientes clínicos cuyo propósito es lograr la atención del paciente, de buena calidad y al mejor costo beneficio.
3. Es la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas.
4. Es una herramienta de invaluable valor para la gerencia al momento de evaluar el desempeño de los servicios, como tal es un instrumento de planificación y oportunidad de mejora que debe conocer todos los niveles de la organización.
5. Es un instrumento educativo que favorece la autoevaluación y el espacio para transferir experiencias y resultados entre las estructuras evaluadas.

Objetivo General

Mantener niveles óptimos de la calidad de la atención brindada por los profesionales de la salud, mediante el seguimiento, la evaluación, identificación de problemas y aporte de soluciones en la presentación de los servicios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los criterios que identifiquen y garanticen servicios profesionales de calidad.
- Evaluar la calidad de la atención médica que presta la entidad de salud e introducir las correcciones que fueren necesarias para superar las deficiencias que se detecten y contribuir a su mejoramiento.
- Actualizar el conocimiento y la información sobre las responsabilidades ética y legal del actuar médico y paramédico, y del valor de la historia clínica como documento médico legal que constituye el principal instrumento para demostrar la calidad del acto médico
- Actualizar y reeditar las normas y protocolos que orientan la realización de la práctica profesional asistencial dentro de la institución, incluyendo todo el proceso que involucre las relaciones entre la institución y los usuarios, y los derechos y deberes tanto del personal de salud como de los pacientes.
- Analizar y evaluar la función y el ejercicio de la medicina en la institución.
- Velar por que se preserven y respeten los derechos de los pacientes en la institución.
- Estudiar y analizar las quejas y denuncias que, sobre el ejercicio de la medicina, el comportamiento médico y la atención integral del paciente, se presenten ante la institución.
- Ejercer una veeduría que estudiará de oficio cualquier situación anómala que llegue a su conocimiento.
- Dar a conocer a las diferentes instancias institucionales y/o académicas, las conclusiones y recomendaciones de los casos estudiados.
- Contribuir a una mayor eficiencia, como consecuencia del mejoramiento de la calidad.

- Evaluar el grado de coordinación existente entre los diferentes servicios que conjuntamente intervienen en la atención de salud.
- Lograr que los resultados de la auditoría sean comprendidos y aceptados por todos los responsables de la atención en salud.

Alcance de la Guía de Auditoría Médica

La auditoría médica se aplica en todos los procesos de evaluación de la calidad de atención en todos los servicios de salud que ofrece Profamilia.

TIPOS DE AUDITORÍA MÉDICA Y SU ALCANCE

1. Auditoría Basada en Evidencia: evalúa y analiza la evidencia de los hechos de una manera consciente, explícita y juiciosa, a través de las mejores pruebas y teniendo como base los resultados de investigaciones científicas a fin de reducir los errores clínicos futuros.
2. Auditoría de Expediente Clínico: Verifica y Evalúa los registros de los procesos de atención en salud de los/as usuarios/as a razón de su integridad, secuencialidad, racionalidad científica, oportunidad y pertinencia.
3. Auditoría de Cuentas Médicas: Es el proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática, continua e integral de las cuentas médicas, desde el punto de vista administrativo, financiero y de pertinencia médica, según la normatividad vigente y los parámetros contractuales definidos por las partes.
4. Auditorías Específicas. Es un proceso enfocado a realizar una evaluación sistemática e integral de áreas y temáticas puntuales realizada por un experto y buscando resultados de calidad de atención. Estas auditorías son: sicologías, laboratorio, de bioseguridad, medios diagnósticos, entre otras.
5. Auditoría de Bioseguridad: Evalúa las condiciones de seguridad sanitaria dirigida a la prevención de infecciones, lesiones y accidentes del personal de salud, usuarias/os y su entorno, considerando las normas nacionales y/o manual de bioseguridad de la institución.
6. Auditoría de Historia Clínica: Verifica y evalúa los registros médicos de los procesos de atención de salud en las/os usuarias/os a razón de su integridad, racionalidad científica y oportunidad.
7. Auditoría Concurrente: Es el conjunto de actividades y/o mecanismos de auditorías realizadas para evaluar en forma sistemática, continua e integral la calidad de la asistencia médica que se le ofrece al paciente hospitalizado en la institución, 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 clínicas con los servicios brindados y además, que lo que se facture, corresponda realmente a la cobertura, según la normatividad vigente. Es importante destacar que se hace con la presencia del usuario/a y frente a los registros de la historia clínica.
8. Auditoría Recurrente: Se realiza para analizar y/o dar seguimiento a los planes de acción o de mejora elaborados luego de auditorías anteriores. Esta auditoría generalmente es realizada en Profamilia por los Gerentes y/o Coordinadores Médicos/as y/o de Operaciones de las clínicas.

AUDITORÍA CLÍNICA

Es la acción específica de los procesos de evaluación y de aseguramiento de la calidad en salud, orientada expresamente al examen integral de la atención brindada al cliente; enfocando la estructura, procesos y resultados con estudios pertinentes de la operación administrativa, decisiones clínicas y costo del servicio.

Objetivos de la Auditoría Clínica

- Minimizar los riesgos de los enfermos y usuarios de los servicios.
- Racionalizar el uso de tecnología y por ende, costos.
- Asegurar un servicio de alto sentido humano.
- Evitar errores clínicos. General procesos, actividades e información que ayuden a asegurar el mayor grado de beneficio posible en la atención clínica.

PROPÓSITOS DE LA AUDITORIA CLÍNICA

1. Asegurar la óptima calidad en la atención de salud.
2. “Mejorar el cuidado a los enfermos, a través del enlace de la auditoria con la educación médica y de la identificación de caminos de desarrollo de la eficiencia en la atención” (The Royal College of Physicians).

ALCANCE DE LA GUÍA DE AUDITORIA CLÍNICA

La auditoria clínica se aplica en todos los procesos de evaluación de la calidad de atención en todos los servicios de salud que ofrece Profamilia.

PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA CLÍNICA

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Calidad • Objetividad e imparcialidad • Suficiencia documental • Planeación • Confidencialidad • Continuidad • Autonomía | <ul style="list-style-type: none"> • Integridad • Solidez • Responsabilidad • Ética • Evaluación de medio • Evaluación entre pares. |
|--|---|

Características fundamentales para una Auditoría Clínica, acorde con los principios

- Autonomía
- Continuidad
- Eficiencia
- Planeación
- Experiencia
- Documentación suficiente.

HERRAMIENTAS DE LA AUDITORÍA CLÍNICA

- Observación directa
- Protocolo clínico o guías de atención
- Criterios de cuidado (retrospectivos y prospectivos)

- Patrones o estándares de atención.
- Contratos de prestación de servicio, si es el caso.
- Historia clínica y otros servicios asistenciales.
- Opinión de tratantes y otros especialistas.
- Opinión de enfermos y de sus familiares.
- Opinión de otros proveedores.
- cuenta de cobro y los soportes respectivos.
- Registros estadísticos.
- Confrontación de la información derivada de las distintas fuentes.
- Registro de las evaluaciones clínicas, con diagnósticos.
- Diagnóstico, con tratamiento prescrito y con órdenes para la solicitud de exámenes y pruebas.
- Notas del médico, con nota de otros profesionales.
- Descripción quirúrgica, con fecha del anesthesiólogo.
- Órdenes médicas, con hoja de registros de administración de medicamentos.
- Órdenes médicas, con notas de enfermería y otros profesionales intervinen en la atención.
- Órdenes médicas con reporte de procedimientos realizados.
- Notas de la evolución o consulta, con órdenes médicas.
- Notas quirúrgicas, con hoja de registro de la atención por enfermería en quirófano.
- Reportes al enfermo o familiares, con notas (evolución) del médico o enfermería.
- Tiempo de cirugía, con hojas de anestesisias.
- Medicamentos e insumos de cirugías, con hojas (descripción) quirúrgica y de anestesia.
- Controles médicos reportados, con nota de evolución.
- Procedimientos reportados con hoja de registro.
- Reportes elementos generales utilizados, con notas (evolución) de enfermería.
- Tarifas aplicadas, con contratos.
- Costos de elementos cobrados, con lista de precio de venta al público.
- Materiales cobrados, con procedimientos realizados.
- Procedimientos quirúrgicos reportados, con informe anatomopatológico.
- Cuenta de cobro, con historia clínica en general.

DIFERENCIAS	
AUDITORÍA MÉDICA	AUDITORÍA CLÍNICA
Pone de manifiesto las actividades que constituyen la mejor asistencia a pacientes.	Averigua si estas actividades se llevan a cabo.

EN LAS CLÍNICAS DE PROFAMILIA CONTARÁN CON TRES COMITÉS DE SALUD:

1. Comité de Expediente Clínico.
2. Comité de Bioseguridad.
3. Comité de Calidad.



HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN DE INTEGRALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. IA OO1

COMPONENTE	Completo (2)	Incompleto (1)	Ausente (0)
Datos socio demográficos			
Motivo de consulta			
Antecedentes			
Diagnóstico			
Tratamiento			
Registro signos y examen físico			
Hoja de evolución			
Registro de enfermería			
Hojas reporte de procedimiento			
Orden médica			
Resultados laboratorio			
Resultados imágenes			
Solicitud de prueba estándar			
Consentimiento informado			
Descripción enfermedad actual			
Screening violencia			
Firmas responsables			
Orden			
Oficialidad			
Custodia institucional			
Confidencialidad			
Epicrisis			
Total	44 puntos		



**INSTRUMENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE INTEGRALIDAD
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO. IA.001
ESTÁNDARES DE INTEGRALIDAD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

COMPONENTES HISTORIA CLÍNICA	ESTÁNDARES
Datos socio demográficos	Registro claro de las informaciones socio demográfica del cliente.
Motivo de consulta	Registro claro y específico de las razones por la que un usuario demanda servicios médicos.
Antecedentes	Registro claro de los antecedentes personales patológicos y no patológicos.
Diagnóstico	Registro claro del diagnóstico según CIE10, registro de signos síntomas propios de la patología, presencia de prueba estándar positiva según normas de atención.
Tratamiento	Registro de la(s) droga(s) de elección según guía de atención, dosis, frecuencia y vía de administración y cumplimiento según normas de atención.
Registro signos y examen físico	Registro según órdenes de ta, fc, fr, p, temp y examen físico que contemple los principales órganos o sistema.
Hoja de evolución	Presencia de hoja descriptiva que resume los antecedentes y secuencia de eventos ocurridos con énfasis en la condición clínica actual del usuario.
Registro de enfermería	Registro de todas las intervenciones realizadas por personal de enfermería con énfasis en procedimientos y cumplimiento de plan terapéutico.
Hojas reporte de procedimientos	Reporte completo de naturaleza de procedimientos quirúrgicos, técnica, procedimientos, fecha, hora y eventualidades, incluye el reporte de anestesiología si aplica.
Orden medica	Reporte del plan de tratamiento médico, incluye medidas generales, soporte, drogas, laboratorios, imágenes e interconsultas.
Resultados laboratorio	Reporte de estudios de laboratorio clínico, incluye fecha, hora y resultados claros, se anexan valores de referencia en reporte en casos que amerite.
Resultados imágenes	Reporte de estudio de imágenes incluye las imágenes que evidencian los hallazgos contenidos en el informe del profesional responsable.
Solicitud de prueba estándar	Reporte claro de la prueba estándar vinculada al diagnóstico reportado en el expediente.
Consentimiento informado	Reporte de ficha descriptiva que incluye firma del usuario o responsable en casos que aplica en el que se hace constancia de que recibió ICE clara y veraz de procedimientos o terapias así, como sus consecuencias, el cual el usuario acepta de forma consciente y libre de coerción.
Descripción enfermedad actual	Conjunto de signos, síntomas y circunstancias que describen de forma secuencial la instalación y desarrollo de la patología implicada.
Screening de violencia	Registro de Preguntas claves para identificar situación implícita o explícita de violencia.
Firmas responsables	Firmas claras con nombres completos de los responsables de atención.
Orden	Registro de solicitud de órdenes para el cumplimiento de procesos diagnóstico, plan de terapia y seguimiento del usuario.
Oficialidad	Identificación que los documentos contienen firmas autorizadas, sello o logos institucional.
Custodia institucional	Verificación de proceso de resguardo y custodia institucional de los expedientes clínicos.
Confidencialidad	Verificación si la institución cumple con los procedimientos para garantizar absoluta confidencialidad en el manejo de los expedientes clínicos.
Epicrisis	Hoja que contiene de forma resumida la información del paciente desde su ingreso hasta su De Alta, en relación a sus condiciones de salud iniciales y finales.



HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SERVICIO DE EMERGENCIA. IA.002

COMPONENTES DE ATENCIÓN	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
1. Recepción y reconocimiento oportuno de la emergencia			
2. Triage			
3. Respuesta terapéutica oportuna			
4. Calidad de respuesta de estudios de imágenes			
5. Capacidad instalada para respuesta ante situación extrema			
6. Calidad de respuesta de Laboratorio Clínico			
7. Calidad del diagnóstico			
8. Calidad del tratamiento			
9. Capacidad para respuestas ante situación de necesidad quirúrgica inmediata			
10. Capacidad y actitud para respetar los derechos del/la usuario/a			
11. Referencia y contrarreferencia			
12. Requisitos básicos de habilitación			
13. Satisfacción de usuarios/as	(85-100)	(75-85)	(Menor 75)
14. Guía o protocolo de atención			

28 es igual al 100% del cumplimiento de estándares



ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SERVICIO DE EMERGENCIA

COMPONENTES DE ATENCIÓN	ESTÁNDARES
Recepción y reconocimiento oportuno de la emergencia	La institución ofrece recepción y reconocimiento en los primeros 30 minutos de las/os usuarias/os que demandan servicios de emergencia.
Triaje	La institución implementa triaje como metodología del trabajo de emergencia.
Respuesta terapéutica oportuna	La institución ofrece respuesta terapéutica a tiempo, a los fines de evitar complicaciones mayores en usuarias/os del servicio.
Calidad de respuesta de estudios de imágenes	La institución cuenta con capacidad instalada para ofrecer servicios de apoyo oportuno en el ámbito de imágenes diagnósticas.
Capacidad instalada para respuesta ante situación extrema	La institución cuenta con la capacidad para responder de forma efectiva al requerimiento de usuarias/os que presentan situación de inminente riesgo vital.
Calidad de respuesta del Laboratorio Clínico	La institución cuenta con capacidad instalada en el ámbito del Laboratorio Clínico para responder de forma oportuna a las solicitudes relacionadas con las emergencias.
Calidad del diagnóstico	El diagnóstico establecido es avalado por la clasificación CIE-10, los signos y síntomas del usuario corresponden con el diagnóstico, se realizó la prueba estándar contemplada en las guías de atención.
Calidad del tratamiento	El tratamiento cumple con los requisitos de droga de elección contemplada en la guía de atención para la condición patológica, se aplicó en dosis recomendadas, vía correspondientes, tiempo adecuado. Se contemplaron otras medidas sugeridas por la guía de atención.
Capacidad de respuesta ante situación de necesidad quirúrgica inmediata	La institución cuenta con la capacidad instalada para responder de forma oportuna ante situaciones de emergencia que ameritan respuesta quirúrgica inmediata (Cirujanos, anestesiólogos, quirófanos, instrumental, enfermeras, energía eléctrica, entre otros, durante las 24 horas).
Capacidad y actitud para respetar los derechos del/la usuario/a	Los/as usuarios/as del área reciben trato amable de parte del personal y les son respetados sus derechos.
Referencia y Contrarreferencia	El área cuenta con mecanismos de referencia y contrarreferencia eficientes.
Requisitos básicos de habilitación	El área mantiene dotación básica según habilitación de la SESPAS.
Calificación de recursos humanos	Los recursos humanos del área cuentan con la calificación académica pertinente para el desempeño eficaz de sus funciones.
Satisfacción de usuarias/os del área	Las/os usuarias/os muestran satisfacción por el servicio recibido y la capacidad institucional para satisfacer sus necesidades.
Guía o protocolo de atención	El área cuenta con guías o protocolos de atención y están accesibles al personal.



**HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN
EN ÁREA DE CONSULTA AMBULATORIA. IA.003**

COMPONENTES DE ATENCIÓN	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
1. Atención eficiente de Recepción y Servicio al Cliente			
2. Tiempo de espera			
3. Privacidad y confidencialidad			
4. Calidad de registro de consulta			
5. Proporción médico/usuarios			
6. Proporción enfermera/usuarios			
7. Calidad del diagnóstico			
8. Calidad del tratamiento			
9. Capacidad para continuidad de la atención			
10. Integralidad de la atención			
11. Referencia y contrarreferencia			
12. Requisitos básicos de habilitación			
13. Calificación de los recursos humanos			
14. Satisfacción de usuarios/as	(85-100)	(75-85)	(Menor 75)
15. Guía o protocolo			

30 es igual al 100% del cumplimiento de estándares



ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN ÁREA DE CONSULTA AMBULATORIA

COMPONENTES DE ATENCIÓN	ESTÁNDARES
Atención eficiente de Recepción y Servicio de al Cliente	La institución ofrece recepción oportuna en ambiente de respeto y confort necesarios.
Tiempo de espera	La institución ofrece servicios en tiempos oportunos.
Privacidad y confidencialidad	El/la usuario/a recibe atención con garantía de privacidad y confidencialidad.
Calidad de registro de consulta	La institución cuenta con registros de consulta veraces y completos.
Proporción médico/usuarios	La institución cuenta con número suficiente de médicos para satisfacer la demanda de servicios.
Proporción enfermera/usuarios	La institución cuenta con número de enfermeras suficiente para satisfacer la demanda de servicios.
Calidad del diagnóstico	El diagnóstico establecido está avalado por la clasificación CIE10, los signos y síntomas del/la usuario/a corresponden con el diagnóstico, se realizó la prueba estándar para diagnóstico contemplada en las guías de atención.
Calidad del tratamiento	El tratamiento cumple con los requisitos de medicamento de elección contemplada en la guía de atención para la condición patológica, se aplicó en dosis recomendada, vía correspondiente, tiempo adecuado. Se contemplaron otras medidas sugeridas por la guía de atención.
Capacidad para continuidad de la atención	La institución mantiene adecuados niveles de continuidad de la atención.
Integralidad de la atención	La consulta ambulatoria se ofrece con garantías de integralidad (identificación y solución de necesidades de salud diferenciada del motivo principal de la consulta).
Referencia y contrarreferencia	La consulta cuenta con mecanismos de referencia y contrarreferencia efectivos.
Requisitos básicos de habilitación	El área mantiene dotación básica según habilitación de la SESPAS.
Calificación de recursos humanos	Los recursos humanos del área cuentan con la calificación académica pertinente para el desempeño eficaz de sus funciones.
Satisfacción de usuarios/as	Los/as usuarios/as muestran satisfacción por el servicio recibido y la capacidad institucional para satisfacer sus necesidades.
Guías o protocolos	El área cuenta con guías o protocolos de atención.



HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SERVICIO DE CIRUGÍA. IA. 004

COMPONENTES DE ATENCIÓN	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
1. Tiempo de espera			
2. Calidad del diagnóstico preoperatorio			
3. Preparación preoperatoria			
4. Visita pre-anestésica			
5. Consentimiento informado			
6. Calidad técnica-científica del procedimiento			
7. Calidad del registro de cirugía			
8. Capacidad y actitud para respetar los derechos del/la usuario/a			
9. Calificación de los recursos humanos			
10. Referencia y contrarreferencia			
11. Requisitos básicos de habilitación			
12. Satisfacción de usuarios/as	(85-100)	(75-85)	(Menor 75)
13. Cumplimiento guías o protocolo			

26 es igual al 100% de cumplimiento de estándares



ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SERVICIO DE CIRUGÍA

COMPONENTES DE ATENCIÓN	ESTÁNDARES
Tiempo de espera	La institución ofrece plazos razonables para la oferta de servicios de cirugías electivas.
Calidad del diagnóstico preoperatorio	El diagnóstico prequirúrgico está avalado por la clasificación CIE-10, los signos y síntomas del/la usuario/a corresponden con el diagnóstico, se realizó la prueba estándar para diagnóstico contemplada en las guías de atención.
Preparación preoperatoria	El/la usuario/a recibe evaluación integral preoperatoria, incluye condición física y emocional previa al procedimiento.
Visita pre-anestésica	El/la usuario/a recibe evaluación y establecimiento de riesgos de anestesia, los resultados se explican en detalles al paciente y sus familiares.
Consentimiento informado	El/la usuario/a recibe información veraz y completa relativa a su condición, el procedimiento a realizar y sus implicaciones.
Calidad técnica-científica del procedimiento	El procedimiento se realiza de forma tal que los estándares contemplados en la guía de procedimientos quirúrgicos de la institución son debidamente observados por el equipo quirúrgico responsable.
Calidad del registro de cirugía	La institución cuenta con registros de cirugía veraces y completos.
Calificación de recursos humanos	Los recursos humanos del área cuentan con la calificación académica pertinente para el desempeño eficaz de sus funciones.
Referencia y contrarreferencia	El servicio de cirugía cuenta con mecanismos de referencia y contrarreferencia efectivos.
Requisitos básicos de habilitación	El área cumple con los requisitos básicos de habilitación de la SESPAS.
Satisfacción de usuarios/as	Los/as usuarios/as muestran satisfacción por el servicio recibido y la capacidad institucional para satisfacer sus necesidades.
Guía o protocolo	El área dispone de guía o protocolo de procedimientos quirúrgicos accesibles al personal.



**HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ATENCIÓN
EN ÁREA DE INTERNAMIENTO. IA. 005**

COMPONENTES DE ATENCIÓN	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
1. Servicio al Cliente eficiente			
2. Consentimiento informado			
3. Calidad del registro de hospitalización			
4. Capacidad y actitud para respetar los derechos del/la usuario/a			
5. Calificación de recursos humanos			
6. Referencia y contrarreferencia			
7. Requisitos básicos de habilitación			
8. Satisfacción de usuarios/as	(85-100)	(75-85)	(Menor 75)
9. Aplicación de guía o protocolo			

26 es igual al 100% de cumplimiento de estándares



ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN AREA DE INTERNAMIENTO

COMPONENTES DE ATENCIÓN	ESTÁNDARES
Servicio al Cliente eficiente	La institución ofrece a los usuarios hospitalizados servicios de atención efectivos.
Consentimiento informado	La institución asegura consentimiento informado previo a procedimientos y terapias en área de hospitalización.
Calidad del registro de hospitalización	La institución cuenta con registro veraz de casos de hospitalización.
Capacidad y actitud para respetar los derechos del/la usuario/a	Los/as usuarios/as reciben atención en ambiente de respeto y confort.
Calificación de recursos humanos	Los recursos humanos del área de internamiento cuentan con la calificación suficiente para el desempeño de sus funciones.
Referencia y contrarreferencia	El servicio de internamiento desarrolla referencia y contrarreferencia oportuna.
Requisitos básicos de habilitación	El servicio de internamiento cuenta con los medios de habilitación de la SESPAS.
Satisfacción de usuarios/as	Los/as usuarios/as muestran satisfacción por los servicios recibidos.
Guías o protocolos	El área dispone de guías o protocolos de procedimientos y terapias.



**HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN
DE ESTÁNDARES DE CONSEJERÍA IA. 006**

COMPONENTES DE ATENCIÓN	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
1. Recepción y Servicio de Atención al Cliente eficientes			
2. Tiempo de espera			
3. Privacidad y confidencialidad			
4. Calidad de registro de Consejería			
5. Proporción consejeros/usuarios			
6. Técnica IEC utilizada			
7. Continuidad del servicio de Consejería			
8. Referencias e interconsultas			
9. Requisitos básicos de habilitación			
10. Calificación de los recursos humanos			
11. Satisfacción de usuarios/as	Escala		
12. Guía o protocolo			

24 es igual al 100% del cumplimiento de estándares



ESTÁNDARES DE CONSEJERÍA

COMPONENTES DE ATENCIÓN	ESTÁNDARES
Atención eficiente de Recepción y Servicio de al Cliente	La institución ofrece a los usuarios servicios de consejería efectivos.
Tiempo de espera	La institución ofrece tiempo razonable de espera para la oferta de servicios de Consejería.
Privacidad y confidencialidad	La consejería se ofrece en casos que aplica en ambiente de privacidad y confidencialidad.
Calidad de registro de Consejería	La institución cuenta con registro veraz del proceso de consejería.
Proporción consejera/usuarios	La institución cuenta con número suficiente de consejeras para satisfacer la demanda del servicio.
Técnica IEC utilizada	La consejería se desarrolla en el contexto de una adecuada información, comunicación y educación efectiva.
Continuidad de la consejería	La institución garantiza continuidad del proceso de consejería.
Referencia e interconsulta	La consejería dispone de mecanismos de referencia e interconsultas adecuados.
Requisitos básicos de habilitación	El área de Consejería cuenta con los medios de habilitación necesarios.
Calificación de los recursos humanos	El área de Consejería cuenta con los recursos humanos calificados para el desempeño de sus funciones.
Satisfacción de usuarios/as	Los/as usuarios/as muestran satisfacción por los servicios recibidos.
Guía de Consejería	El servicio dispone de guía o protocolo.



HERRAMIENTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE BIOSEGURIDAD IA. 007

COMPONENTES	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
1. Comité de bioseguridad			
2. Plan de IEC, en bioseguridad			
3. Aplicación de principios de asepsia y antisepsia en las áreas críticas (Emergencia, Cirugía, Sala de Partos, Neonatología) y utilización de barreras de protección			
4. Aplicación de principios de asepsia en las áreas ambulatoria e Internamiento			
5. Plan de respuesta ante accidentes laborales			
6. Ruta sanitaria			
7. Zonas de acopio temporal de desechos por área			
8. Dispone de zafacones de acuerdo a clasificación según el tipo de basura y práctica de reciclaje			
9. Señalización			
10. Área de depósito de residuos techada y aislada			
11. Convenio o alianza municipal para la recolección de desechos hospitalarios			
12. Plan de protección al medio ambiente			
13. Manual de Bioseguridad			

26 es igual al 100% del cumplimiento de estándares



ESTÁNDARES DE BIOSEGURIDAD

COMPONENTES DE ATENCIÓN	ESTÁNDARES
Comité de Bioseguridad	La institución cuenta con un Comité de Bioseguridad que desarrolla funciones específicas.
Plan de IEC en bioseguridad	La institución desarrolla plan de información, comunicación y educación relacionado con bioseguridad.
Aplicación de principios de asepsia y antisepsia en las áreas críticas (Emergencia, Cirugía, Sala de Partos, Neonatología, Esterilización) y utilización de barreras de protección	El personal médico, de enfermería y de apoyo de las áreas críticas cumple con los principios de asepsia y antisepsia y uso de barreras de protección según protocolos de atención.
Aplicación de principios de asepsia en las áreas ambulatoria e Internamiento	El personal médico, de enfermería y de apoyo de las áreas ambulatorias y de Internamiento cumple con los principios de asepsia y antisepsia según protocolos de atención.
Plan de respuesta ante accidentes laborales/ enfermedad ocupacional	La institución cuenta con plan de respuesta inmediata ante accidentes laborales.
Ruta sanitaria	La institución cuenta con ruta sanitaria.
Zona de acopio temporal de desechos por áreas	La institución cuenta con zonas de acopio temporal para residuos hospitalarios.
Disposición de zafacones de acuerdo a clasificación según el tipo de basura y clasificación de desechos	La institución clasifica y almacena los desechos hospitalarios, según tipo.
Señalización	La institución cuenta con señalización relativas a bioseguridad.
Área de depósito de residuos techada y aislada	La institución cuenta con área techada y aislada para el depósito temporal de desechos hospitalarios.
Convenio o alianza municipal para la recolección de desechos hospitalarios	La institución cuenta con plan o alianza municipal para la recolección y transporte a lugar seguro de los desechos hospitalarios.
Plan de protección al medio ambiente	La institución cuenta con plan de protección al medio ambiente.
Manual de Bioseguridad	La institución cuenta con normas o protocolos escritos relacionados con bioseguridad.



INDICADORES DE AUDITORIA MÉDICA

▪ PORCIENTO DE INTEGRALIDAD DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

Operacionalización:

$$\text{\% integralidad} = \frac{\text{No. de expedientes que cumplen con 100\% Integralidad}}{\text{Total de expedientes clínicos evaluados}} \times 100$$

Ficha técnica:

La integralidad del expediente se cumple en un 100% si al aplicar el instrumento de evaluación se acumula 44 puntos, que es el número de expedientes registrados como íntegros dividido entre el total de expedientes evaluados multiplicado por 100, se obtiene el porcentaje de integralidad para la institución evaluada.

Los indicadores complementarios del expediente clínico son:

- % de diagnóstico que cumplen con los estándares de atención.
- % de tratamientos médicos que cumplen con los estándares de atención.
- % de registro de procedimientos que cumplen con los estándares de atención.

Escala:

- Mayor de 40 = Excelente
- De 36 a 40 = Buena
- De 31 a 35 = Aceptable
- Menor de 31 = No satisfactoria



▪ **PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES
EN SERVICIO DE EMERGENCIA**

Operacionalización:

$$\text{\% de cumplimiento de estándares de atención en Servicio de Emergencia} = \frac{\text{No. de atenciones que cumplieron con estándares}}{\text{Total de atenciones evaluadas}} \times 100$$

Ficha técnica:

Si al aplicar el instrumento de evaluación a los procesos de atención de casos de emergencia se acumula 28 puntos, se obtiene el 100% del cumplimiento de estándares de atención.

Los indicadores complementarios son:

- % de atención oportuna.
- % de diagnósticos de emergencia que cumplen con los estándares.
- % de tratamientos de emergencia que cumplen los estándares.
- % de usuarias/os satisfechas/os con el servicio recibido.

Escala:

- Mayor de 25 = Excelente
- De 23 a 25 = Buena
- De 20 a 22 = Aceptable
- Menor de 20 = No Satisfactoria



▪ **PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES
EN ÁREA DE CONSULTA AMBULATORIA**

Operacionalización:

$$\text{\% de cumplimiento de estándares de atención en Consulta Ambulatoria} = \frac{\text{No. de atenciones que cumplieron con estándares}}{\text{Total de atenciones evaluadas}} \times 100$$

Ficha técnica:

Si al aplicar el instrumento de evaluación a la atención brindada en el área de Consulta Ambulatoria se acumula 30 puntos, equivale a un 100% de cumplimiento de estándares de atención.

Los indicadores complementarios son:

- Tiempo de espera promedio.
- % de diagnósticos que cumplen con los estándares.
- % de tratamiento que cumplen con los estándares.
- % de usuarias/os satisfechas/os con el servicio recibido.

Escala:

- Mayor de 27 = Excelente
- De 25 a 27 = Buena
- De 22 a 24 = Aceptable
- Menor de 21 = No satisfactoria



▪ **PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES
EN ÁREA DE INTERNAMIENTO**

Operacionalización:

$$\text{\% de cumplimiento de estándares de atención en área de Internamiento} = \frac{\text{No. de atenciones que cumplieron con estándares}}{\text{Total de atenciones evaluadas}} \times 100$$

Ficha técnica:

Si al aplicar el instrumento de evaluación a la atención brindada en el área de Internamiento se acumula 18 puntos, el resultado obtenido es igual al 100% de cumplimiento de estándares.

Los indicadores complementarios son:

- % de diagnósticos que cumplen con los estándares.
- % de tratamientos que cumplen con los estándares.
- % de usuarias/os satisfechas/os con el servicio recibido.

Escala:

- Mayor de 16 = Excelente
- De 15 a 16 = Buena
- De 12 a 14 = Aceptable
- Menor de 12 = No satisfactoria



▪ **PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES EN SERVICIO DE CIRUGÍA**

Operacionalización:

$$\% \text{ de cumplimiento de estándares de atención en Servicio de Cirugía} = \frac{\text{No. de atenciones que cumplieron con estándares}}{\text{Total de atenciones evaluadas}} \times 100$$

Ficha técnica:

Si al aplicar el instrumento de evaluación a los procedimientos realizados en el Servicio de Cirugía se acumula 26 puntos, corresponde al 100% de cumplimiento de estándares.

Los indicadores complementarios son:

- % de procedimientos que cumplen con los estándares.
- % de diagnósticos pre quirúrgicos que cumplen con los estándares.
- % de usuarias/os satisfechas/os con el servicio.

Escala:

- Mayor de 23 = Excelente
- De 22 a 23 = Buena
- De 19 a 21 = Aceptable
- Menor de 18 = No Satisfactoria



▪ PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES EN CONSEJERÍA

Operacionalización:

$$\% \text{ de cumplimiento de estándares de atención en Consejería} = \frac{\text{No. de atenciones que cumplieron con estándares}}{\text{Total de atenciones evaluadas}} \times 100$$

Ficha técnica:

Si al aplicar el instrumento de evaluación a la atención brindada en Consejería se acumula 24 puntos, es igual al 100% de cumplimiento de estándares.

Los indicadores complementarios son:

- % de atenciones de consejería que cumplen con los estándares.
- % de usuarias/os satisfechas/os con el servicio recibido.

Escala:

- Mayor de 22 = Excelente
- De 20 a 22 = Buena
- De 17 a 19 = Aceptable
- Menor de 17 = No satisfactoria



▪ **PORCIENTO DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES
DEL MANUAL DE BIOSEGURIDAD**

Operacionalización:

$$\% \text{ de cumplimiento de estándares de normas de bioseguridad} = \frac{\text{No. de áreas evaluadas que cumplieron con estándares}}{\text{Total de atenciones evaluadas}} \times 100$$

Ficha técnica:

Si al aplicar el instrumento de evaluación a las áreas clínicas ambulatorias y de internamiento se acumula 26 puntos, es igual al 100 % de cumplimiento de estándares, la suma del cumplimiento por áreas establecen el porcentaje institucional de cumplimiento de estándares de bioseguridad.

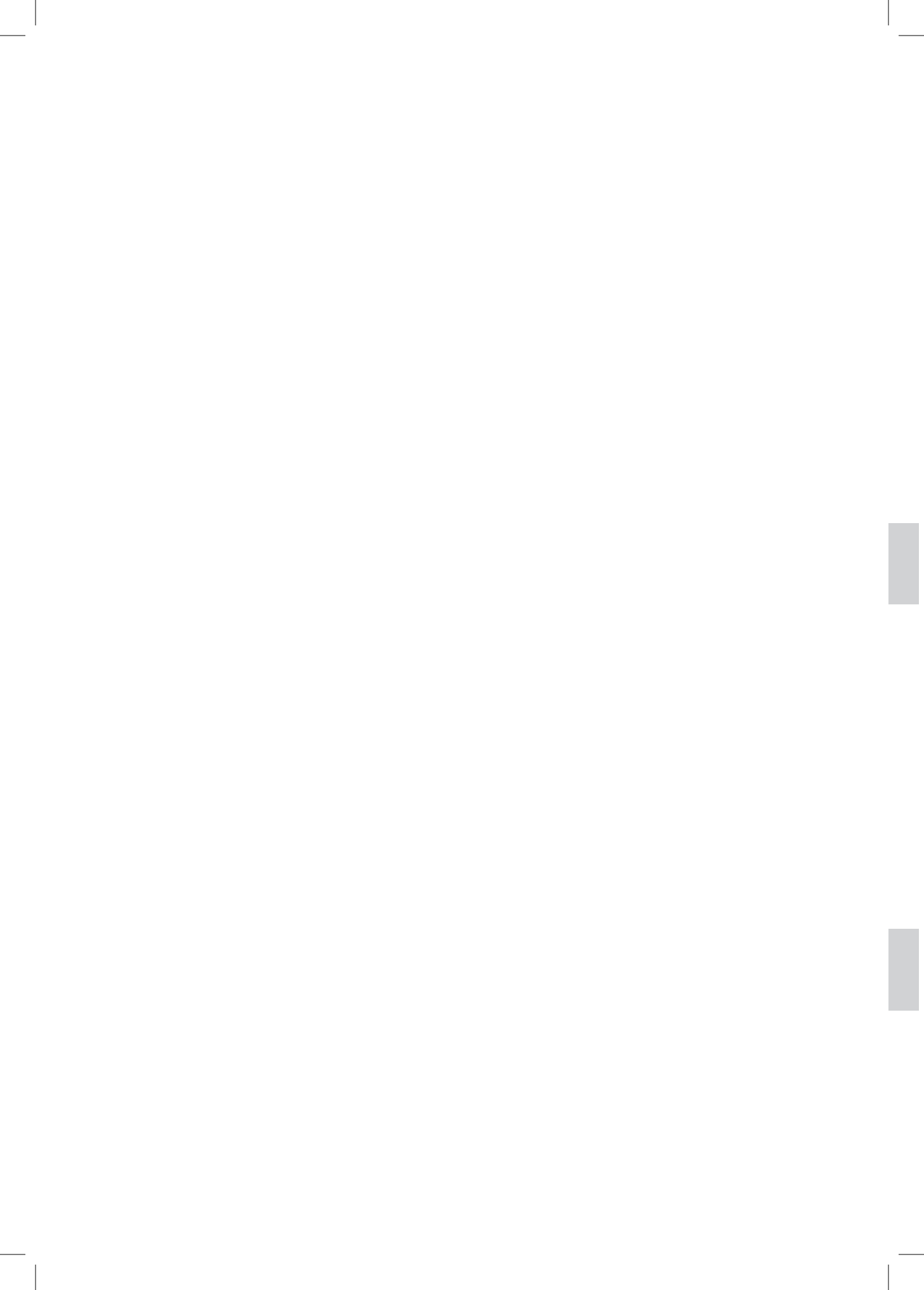
Escala:

- Mayor de 23 = Excelente
- De 22 a 23 = Buena
- De 19 a 21 = Aceptable
- Menor de 18 = No Satisfactoria





Guía de Auditoría de Proyectos y Programas



AUDITORÍA DE PROYECTOS

Consiste en realizar una evaluación de los proyectos que al momento de la auditoría se estén desarrollando en la institución de tal manera que podamos verificar el cumplimiento de los objetivos y el nivel de ejecución del proyecto.

OBJETIVOS

1. Verificar la coherencia que debe existir entre los objetivos inicialmente previstos para la ejecución de un proyecto y aquellos que se han cumplido hasta la fecha de la auditoría.
2. Comprobar el cumplimiento de objetivos y actividades propuestas en la planificación del proyecto, mediante la constancia del cumplimiento del diseño y especificaciones técnicas y de la razonabilidad y oportunidad de modificaciones del proyecto, de haberlas, con relación al objeto contractual.
3. Comprobar si las obras, productos y servicios de un proyecto se ejecutan según las normas o estándar previsto en lo estipuladas por el contrato o la organización
4. Determinar el cumplimiento de la eficiencia y economía en la utilización de recursos humanos, materiales y financieros durante la planificación, ejecución y operación de proyectos.
5. Mejorar la pertinencia, razonabilidad, oportunidad y confiabilidad de la información gerencial que se produce sobre un proyecto.
6. Evaluar los efectos e impactos del proyecto respecto de las variables económicas y sociales previstas en la etapa de pre-inversión del mismo.

APLICACIÓN DE LA GUÍA DE AUDITORÍA DE PROYECTOS

La presente guía será aplicada en todas las auditorías de los proyectos que se estén desarrollando en la institución para medir el desempeño, eficiencia, confiabilidad y resultados de proyectos ejecutados al momento de la auditoría.

ALCANCE DE LA GUÍA

La guía de auditoría de proyectos constituye una herramienta de ayuda para el buen desempeño de los auditores que evalúan las actividades de los proyectos, como auditoría de gestión tiene un carácter externo y será desarrollada en todos los proyectos de Pro-familia, su utilidad se relaciona con ofrecer a la gerencia un informe de las tendencias en aspectos relacionados al cumplimiento de objetivos de los proyectos.

ESTRUCTURAS BLANCO DE AUDITORÍA DE PROYECTOS

- Proyectos de salud
- Proyectos para mejorar desempeño financiero
- Proyectos para mejorar el desempeño de los recursos humanos
- Proyectos para mejorar la calidad de producto o servicio estratégicos
- Proyectos de imagen corporativa
- Proyectos de mercadeo
- Proyectos comunitarios.

AUDITORÍA DE PROGRAMAS

Consiste en evaluar de manera sistemática e integral los elementos básicos del programa que se audita para la comprobación del desarrollo del mismo a través del tiempo, a la vez que se evalúa el desempeño de los recursos humanos, las sostenibilidad y la sustentabilidad.

ELEMENTOS BÁSICOS SE UNA AUDITORÍA DE PROGRAMAS

1. Planteamiento del problema
2. Objetivos
3. Metodología
4. Criterios
5. Estándares
6. Cronograma
7. Presupuesto

ESTRUCTURAS BLANCO DE AUDITORÍA DE PROGRAMAS

- Programa de Población vulnerable.
- Programa de Atención Integral a las PVVS.
- Programa de Violencia Basada en Género.
- Programa de Jóvenes.

El instrumento a utilizar en la Auditoría de Programas dependerá del programa a evaluar, para lo cual se tomará en cuenta los indicadores del área correspondiente.

**INSTRUMENTO DE AUDITORÍA DE PROYECTOS
IA-008**

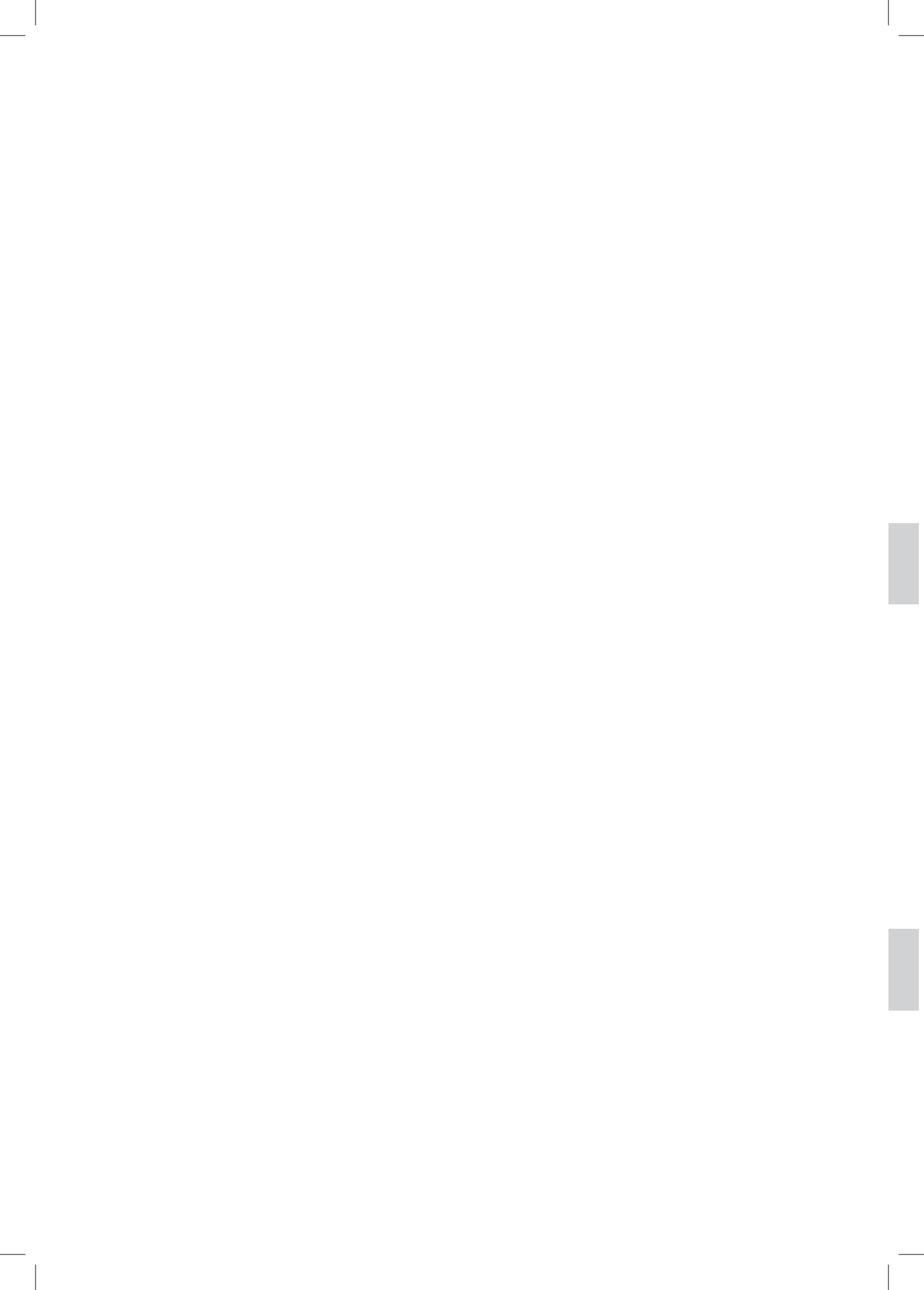
COMPONENTES	Completo (2)	Incompleto (1)	Ausente (0)
Misión			
Visión			
Estrategia			
Meta			
Objetivos			
Necesidades			
Pertinencia			
Plan de implementación			
Tiempo de ejecución			
Calidad técnica			
Desempeño			
Recursos humanos			
Tecnologías			
Costo			
Efectividad			
Requerimientos financieros			
Usuarios finales			
Satisfacción de usuarios			
Total	36 puntos		

ESTÁNDARES DE CALIDAD DE PROYECTOS

COMPONENTE	ESTANDAR
Misión	Declaración del propósito y alcance de las operaciones de una organización o proyecto.
Visión	Estado futuro deseado de una organización o proyecto.
Estrategia	Guía de cómo buscar la misión y la visión de un proyecto.
Meta	Es el fin u objetivo principal de un proyecto.
Objetivos	Fines o propósitos establecidos por consenso en una organización o proyecto.
Necesidades	Requerimientos fundamentales o básicos para alcanzar un fin.
Pertinencia	Cualidad de oportunidad de los productos o servicios ofrecidos por un proyecto.
Plan de implementación	Conjunto de objetivos, tareas, metas, recursos y estructuras necesarias para la ejecución de un proyecto.
Tiempo de ejecución	Periodo comprendido entre el inicio y el fin del proyecto.
Calidad técnica	Conjunto de intervenciones medios y especificaciones para garantizar la eficiencia y la utilidad.
Desempeño	Grado de cumplimiento alcanzado durante la ejecución de un proyecto.
Recursos humanos	Conjunto de clientes externos e internos que forman parte de un proyecto.
Tecnologías	Conjunto de medios, técnicas y procesos empleados para alcanzar los objetivos de un proyecto.
Costo	Conjunto de alquileres, salarios, muebles, equipos y tecnologías utilizadas durante la ejecución de un proyecto.
Efectividad	Capacidad de eficiencia y eficacia de las intervenciones ejecutadas en el marco del proyecto.
Requerimientos financieros	Conjunto de recursos, medios para la implementación exitosa de un proyecto.
Usuarios finales	Conjunto de individuos internos y externos beneficiarios del proyecto.
Satisfacción de usuarios/as	Capacidad de productos o servicios de un proyecto para satisfacer las necesidades, requerimientos y expectativas de los/as usuarios/as.



Guía de Auditoría de la Calidad



INTRODUCCIÓN

El propósito específico de la guía de auditoría de la calidad es establecer las prioridades de gestión, evaluación de riesgos y el cumplimiento con los estándares. Estos aspectos son esenciales para el cumplimiento de objetivos de calidad en todos los procesos institucionales sin importar su naturaleza.

La auditoría de calidad facilita identificar de forma oportuna las desviaciones de los procesos y el costo de la mala calidad, por otro lado las herramientas de auditoría de la calidad impulsan la implementación de nuevos procesos y el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la organización.

La auditoría de la calidad vincula todos los departamentos al proceso de mejoría continua, promueve la cultura del buen desempeño entre empleados e integra los esfuerzos institucionales a un propósito común, vigila el cumplimiento de los estándares y sostiene el clima institucional para el cambio y la sostenibilidad a largo plazo de los programas, éxito de los proyectos y la aplicación de las estrategias.

La guía de auditoría de la calidad es el instrumento más idóneo para el logro de objetivos de calidad, su aplicación en el campo de trabajo simplifica la dinámica de auditoría y constituye un valioso activo de la organización.

AUDITORÍA DE CALIDAD

Es la revisión o verificación objetiva de una actividad. Además, es un “Proceso sistemático, independiente y documentado, para obtener evidencia y evaluarla objetivamente, con el fin de determinar en qué grado se cumplen los criterios de la auditoría.”

OBJETIVOS

- Establecer si las estructuras de la organización cumplen con los estándares de calidad durante el proceso de entrega de productos y servicios.
- Certificar la efectividad de los procesos, políticas, procedimientos y prácticas de la institución.
- Evaluar el desempeño de productos y servicios.
- Facilitar insumos para los planes de mejora continua de la calidad.
- Auditar la productividad y eficiencia de los procesos de la organización.

FILOSOFÍA ORGANIZACIONAL PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

El clima institucional para el logro de objetivos de calidad es un prerequisite básico para el establecimiento de la cultura de calidad. Profamilia promueve la satisfacción de los usuarios como política de la organización, para complacer las expectativas de estos de forma permanente, se deben desarrollar estrategias para reconocer sus necesidades y requerimientos tanto explícitos como los implícitos.

La calidad presenta dos aspectos fundamentales, el subjetivo representado por lo que desea el/la usuario/a y el objetivo integrado por las propiedades físicas de los bienes y

servicios, incluyendo el valor que se obtiene por el precio que se paga (Shewhart). El clima organizacional debe orientar para cerrar la brecha entre lo que desea el usuario y las propiedades concretas de los productos y servicios que ofrece la organización. Para el logro de este objetivo todos los miembros de la institución deben conocer las expectativas implícitas y explícitas de los/as usuarios/as externos/as, en consecuencia a este propósito las organizaciones promueven como **primer principio** que los/as proveedores/as tengan acceso a los servicios o productos en condición de usuarios externos, a los fines de involucrarlos a la dinámica o experiencia de uso y consumo de servicios y productos que a diario ofertan al público, así alcanzan el saber y práctica necesarios para la excelencia institucional.

El clima organizacional para el logro de la cultura de calidad debe orientar la participación activa de los directivos del más alto nivel de la organización en el proceso de mejora continua (Deming).

El consumidor es el factor más importante en la generación de productos o en el ofrecimiento de servicios. Las actividades tendientes a mejorar la calidad y los procesos constituyen el catalizador necesario para echar a andar una reacción económica en cadena (Deming).

Mejorar la calidad provoca una disminución de los costos, menos errores, reducción del número de retrasos y mejor utilización de los recursos, factores que, a su vez, garantizan la permanencia y sostenibilidad de la organización.

El **segundo principio** del clima organizacional es el involucramiento de los directivos de la organización en actividades de mejoría continua de la calidad y desarrollar liderazgo, responsabilidad y autoridad (Deming).

El **tercer principio** del clima institucional se relaciona con la necesidad de eliminar barreras que priven a las personas de sus derechos a enorgullecerse de su trabajo y desarrollar el sentido de pertenencia a la organización.

El **cuarto principio** se vincula a los esfuerzos por transferir capacidad crítica a las y los empleados para identificar las necesidades de mejora, la selección de proyectos adecuados y la creación de una estructura organizacional que guíe el diagnóstico y el análisis de proyectos (Juran).

DEFINICIONES DE CALIDAD

Concepto de Calidad. Grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con unos requisitos definidos. La comparación es entre las características de un producto, un servicio o un bien con los requisitos que deben cumplir.

Las características pueden ser cualitativas y cuantitativas, físicas, sensoriales, de comportamiento, de tiempo, ergonómicas, funcionales.

Los objetivos de la Calidad deben ser coherentes con la política de calidad de la institución, la que sirve de marco para plantear dichos objetivos, y estar dirigidos a la mejora continua, ser medibles y alcanzables.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud cuando los atributos contenidos en dicha prestación hacen que la misma sea oportuna, personalizada, huma-

nizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

La Calidad tiene cuatro variables

1. La integridad, es decir todas las necesidades de los pacientes.
2. Los contenidos, es hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
3. La destreza, hacer bien lo que se debe hacer.
4. La oportunidad, hacer a tiempo y en la secuencia adecuada.

CALIDAD DE LOS PROYECTOS INSTITUCIONALES

Se define la calidad de los proyectos al proceso que garantiza la eficacia, eficiencia, economía y cumplimiento de objetivos de los proyectos institucionales.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Cuando todos los requisitos relacionados con la Calidad se integran de forma tal, que hay un conjunto de elementos que interactúan entre sí para lograr el cumplimiento de esos requisitos, es posible hablar de un sistema de calidad.

Durante la auditoría es importante que se valore que el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) esté implementado de la forma eficaz y no sólo de manera conforme, esto significa que el/la auditor/a debe tener presente que los diferentes elementos de un sistema interactúan entre sí para lograr los fines deseados.

LOS PILARES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SON:

- Estructura Organizacional.
- Enfoque por procesos.
- Procedimientos requeridos.
- Recursos necesarios.

Toda empresa que implemente un Sistema de Gestión de la Calidad, busca desarrollar los **principios de gestión de la calidad** que consisten en ocho pilares que gobiernan la conducta y el desempeño esperado de una organización que aplica la norma de calidad, estos son:

1. Organización orientada al Cliente.
2. Liderazgo.
3. Participación del personal.
4. Enfoque basado en procesos.
5. Enfoque de sistema para la gestión.
6. Mejora continua.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.

8. Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

Estos principios son la base filosófica de la calidad, y ésta es alcanzable por medio del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y de la aplicación constante de la mejora continua, a esto se le llama “La cultura de la Calidad”.

Esta norma internacional ISO 9001:2008, promueve un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que el Sistema de Gestión de Calidad se pueda implementar en la organización, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Necesidades y expectativas de las y los clientes y de otras partes interesadas.
- Política y objetivos de la calidad.
- Responsabilidades y procesos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
- Recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad.
- Métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Determinar la eficacia y eficiencia de cada proceso.
- Medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas.
- Proceso de mejora continua.

Estos aspectos serán medidos a través de las auditorías programática y financiera que las áreas respectivas desarrollen con estos fines.

APLICACIÓN DE LA GUÍA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

La presente guía será aplicada en las clínicas y la oficina principal de Profamilia.

ALCANCE DE LA GUÍA DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

La guía de auditoría de la calidad es una herramienta de apoyo a los/as auditores/as en el desempeño de actividades para certificar el cumplimiento de los estándares en todos los niveles de la organización, sirve para validar la efectividad de los procesos y el nivel de desempeño de productos y servicios.

ENFOQUE DE INTERVENCIÓN

Estructura: Evalúa la presencia, ausencia y distribución espacial de recursos específicos y de personal, relacionados con la atención a auditar.

Procesos: Realiza evaluaciones de las decisiones ordenadas y de la calidad técnico-científica de los procedimientos ejecutados, siempre que se compare con los estándares adoptados.

Resultados: Evalúa logros o metas relacionadas con productos o servicios.

Impacto: Tasas de mejoramiento o logros institucionales

NIVELES BLANCO DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

- Estructura institucional
- Programas
- Proyectos

- Servicios
- Productos
- Procesos
- Instancias de supervisión
- Diseño de productos
- Sistema gerencial
- Recursos humanos
- Infraestructura
- Tecnología.

ESTRATEGIAS DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD

- Administración de la calidad total (Malcolm Baldrige)
- Aseguramiento de la calidad
- Herramientas de calidad
- Administración de proyectos
- Métodos estadísticos
- Control estadístico de procesos.

HERRAMIENTA PARA VERIFICAR LA ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

***MALCOLM BALDRIGE. IA.009**

Nivel: Organización general

ÁREA	Cumple (2)	Cumplimiento parcial (1)	No cumple (0)
Liderazgo			
Planificación estratégica			
Enfoque en el cliente y el mercado			
Medición, análisis y administración del conocimiento			
Enfoque en los recursos humanos			
Administración de procesos			
Resultados del negocio			

14 puntos 100% cumplimiento de estándares de calidad organizacional

*Premio nacional de calidad Malcolm Baldrige, Departamento de Comercio de Estados Unidos.

ESTÁNDARES DE ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL MALCOLM BALDRIGE

ÁREA	ESTÁNDARES
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> - Los/as líderes desarrollan acciones para difundir los valores de la institución. - Los/as líderes conducen el cumplimiento de metas de corto y largo plazo. - Los/as líderes crean valor para los/as clientes y traducen la visión y la misión en actividades cotidianas. - Los/as líderes supervisan las expectativas sobre el desempeño. - Los/as líderes crean alineación entre la propuesta de valor para el cliente y las estrategias, metas y objetivos y actividades cotidianas. - Los/as líderes se muestran dispuestos al cambio y actúan como agentes del mismo. - Los/as líderes asumen responsabilidad social empresarial.
Planificación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> - La organización cuenta con plan estratégico. - La organización involucra a todos los niveles en el diseño e implementación del plan estratégico. - La organización desarrolla plan para la comunicación del plan estratégico. - La organización aplica plan de acción para el logro de objetivos estratégicos.
Enfoque en el cliente y el mercado	<ul style="list-style-type: none"> - La organización sabe cuál es la percepción de valor de sus clientes. - La organización recopila, analiza, difunde e impulsa el uso de la información relacionada con el/la cliente. - La organización identifica y mejora los procesos clave que respaldan el enfoque en el/la cliente. - La organización ha seleccionado proyectos de mejora que respaldan las necesidades del/la cliente. - La organización mide y da seguimiento a los factores críticos de satisfacción del/la cliente y cómo usa esta información para predecir futuras oportunidades de negocio.
Medición, análisis y administración del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - La organización mide el desempeño de sus empleados/as. - La organización analiza el desempeño de los empleados/as. - La organización dispone de sistema eficiente de recopilación de datos y mapas de procesos. - La organización cuenta con hardware y software pertinentes para apoyar las actividades cotidianas.
Enfoque en los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - La organización tiene planes de incentivos destinados a estimular la eficiencia del trabajo de sus empleados/as. - Los planes de incentivos o de recompensas estimulan el enfoque en el/la cliente. - Los/as empleados/as de nuevo ingreso cuentan con un asesor que les enseñe cómo funcionan las cosas. - La organización aplica técnicas de motivación. - La organización dispone de perfiles de puesto y plan para el complemento curricular. - La organización aplica plan de capacitación periódica. - La organización desarrolla plan de seguridad interna. - La organización mide la motivación, bienestar y satisfacción de los/as empleados/as.
Administración de procesos	<ul style="list-style-type: none"> - La organización identifica, selecciona y mide los factores que reflejan lo que quiere el/la cliente. - La organización mide y define las características de procesos claves. - La organización utiliza la información de procesos claves para la implementación de planes de mejora. - La organización dispone de sistema para analizar el desempeño de procesos.
Resultados del negocio	<ul style="list-style-type: none"> - La organización cuenta con sistema de auditorías. - La organización realiza auditorías de forma periódica. - La organización asume los informes de auditoría para mejorar los resultados de productos y servicios.

GLOSARIO

Acreditación: Certificación que una organización externa debidamente reconocida hace de las instalaciones, capacidad, objetividad, competencia e integridad de una agencia, servicio o grupo operativo o de cualquier individuo, para que proporcionen el servicio específico o la operación necesaria aplicando criterios y estándares de calidad.

Administración de la calidad total: Enfoque de administración para el éxito a largo plazo mediante la satisfacción del cliente y la participación de todos/as los/as integrantes de una organización en la mejora de procesos, productos, servicios y en la cultura en la cual trabajan.

Aseguramiento de la calidad: Sistema en el cual todas las actividades planificadas y sistemáticas se implementan dentro de un sistema de calidad de tal manera que se pueda demostrar que proporcionan confianza de que un producto o servicio cumplirá los requerimientos de la calidad.

Auditoría: Procedimiento de valoración sistemática que examina, evalúa y verifica que se sigan efectivamente los procedimientos, requerimientos, listas de verificación y programas adecuados.

Auditoría de la calidad: Examen y revisión sistemáticos e independientes para determinar si las actividades de calidad y sus resultados cumplen los acuerdos planificados y si estos acuerdos se implementaron efectivamente y si son adecuados para alcanzar los objetivos.

Calidad: Características de un producto o servicio relativas a su capacidad para satisfacer necesidades designadas o implícitas.

Cliente externo: Persona u organización que recibe un producto, servicio o información pero no es parte de la organización que los provee.

Costo de la mala calidad: Costos relacionados con la mala provisión de productos o servicios de mala calidad.

Documentación: Material escrito que describe los métodos, procedimientos o procesos que se deben seguir.

Gráfica de control: Gráfica con límites de control superiores e inferiores, dentro de los cuales se trazan valores de alguna medición estadística para una serie de muestras o subgrupos.

Hoja de verificación: Herramienta para el registro de datos.

Inspección: Medición, examen, prueba o calibración de una o más características de un producto o servicio.

Lista de verificación: Herramienta para asegurar que se realicen todos los pasos o acciones importantes de una operación.

Manual de calidad: Documento principal que describe procedimientos operativos estándares, procesos y especificaciones del sistema de administración de la calidad.

Muestreo aleatorio: Selección de unidades de muestra de tal manera que todas las combinaciones de "n" unidades bajo consideración, tengan la misma oportunidad de resultar seleccionadas para la muestra.

Plan de calidad: Plan que integra filosofías de calidad en el entorno de una organización. Incluye estrategias y acciones específicas de mejora continua.

Variación: Cambio en los datos, una característica o función, provocado por causas especiales, causas comunes, alteración o variación estructural.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ander-Egg. Técnica de investigación social. Editorial Lumen, ed. 24ª, pag.179, Buenos Aires, Argentina. 1995.
2. Donabedian, Avedis. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México, Instituto Nacional de Salud Pública. 1990.
3. Gonzales, A. Tratado moderno de economía general. Editorial South Western Publishing Co., pág. 115-117, Caracas, Venezuela, 2006.
4. Gryna, F. Método Juran, análisis y planificación de la calidad. Editorial McGraw Hill. Ed.5ta., pág. 358-363, México, DF. 2007.
5. Indicadores del nivel de monitoria del sistema. Resolución 1446, Ministerio de protección social, Colombia. Mayo 2006.
6. Profamilia, protocolos y procedimientos para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Centro de salud Integral Santo Domingo. 2004.
7. Quiros, H. Fundamentos & Legislación de la calidad y auditoria en salud. Editorial Zuluaga, pág.67-74. 2001.
8. Ribera, J. Calidad: Definirla, medirla y gestionarla. Barcelona, España. Ediciones Folio S.A., pág.101. 1997.
9. Sampieri, R. Metodología de la investigación. Editorial McGraw Hill. Ed. 4ta. México, D.F. 2006.
10. Summers, D. Administración de la calidad total. Editorial Pearson. Ed. 1ra., pág. 159-177. México. 2006.

