

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 1

MANUAL DE OXIGENOTERAPIA

2009

MJ

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 2

INTRODUCCION

Se define la OXIGENOTERAPIA como administración de oxígeno a concentraciones mayores que las del aire ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia. Es proceder a la administración de oxígeno a concentraciones superiores a las que al 21% que es la concentración ambiental del O₂ a nivel del mar.

La finalidad de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de la sangre arterial. Para ello, la cantidad de oxígeno en el gas inspirado, debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina. Es indispensable que el aporte ventilatorio se complemente con una concentración normal de hemoglobina y una conservación del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo hístico.

La necesidad de la terapia con oxígeno debe estar siempre basada en un juicio clínico cuidadoso y ojalá fundamentada en la medición de los gases arteriales. El efecto directo es aumentar la presión del oxígeno alveolar, que atrae consigo una disminución del trabajo respiratorio y del trabajo del miocardio, necesaria para mantener una presión arterial de oxígeno definida.

INDICACIONES

La oxigenoterapia está indicada siempre que exista una deficiencia en el aporte de oxígeno a los tejidos. La hipoxia celular puede deberse a:

1. Disminución de la cantidad de oxígeno o de la presión parcial del oxígeno en el gas inspirado
2. Disminución de la ventilación alveolar
3. Alteración de la relación ventilación/perfusión
4. Alteración de la transferencia gaseosa
5. Aumento del shunt intrapulmonar
6. Descenso del gasto cardíaco
7. Shock
8. Hipovolemia
9. Disminución de la hemoglobina o alteración química de la molécula

42

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 3

En pacientes con hipercapnia crónica ($\text{PaCO}_2 \pm 44$ mm Hg a nivel del mar) existe el riesgo de presentar depresión ventilatoria si reciben la oxigenoterapia a concentraciones altas de oxígeno; por lo tanto, está indicado en ellos la administración de oxígeno a dosis bajas (no mayores de 30%).

Por lo anterior, el paciente necesitará oxígeno cuando tenga:

- Alteraciones en el intercambio de Oxígeno y Gas carbónico.
- Sospecha de infarto agudo del miocardio o dolor torácico.
- Edema pulmonar agudo.
- Embolia pulmonar.
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Traumatismo importante.
- Hipoxemia documentada por una lectura de saturación de oxígeno con aire ambiente inferior al 90% ó una presión arterial de oxígeno inferior a 60 mmHg en la gasometría arterial.
- Disnea aguda observable.
- Indicios de intoxicación por monóxido de carbono.

El paciente puede necesitar oxígeno cuando presente:

- Síntomas de disnea.
- Alteración en la frecuencia o profundidad de las respiraciones.
- Aleteo nasal.
- Retracción supraesternal.
- Uso de los músculos accesorios para respirar.
- Ortopnea.
- Broncoespasmo agudo.
- Taquicardia-arritmia.
- Fiebre relacionada con infección de las vías respiratorias.
- Alteración del estado mental, confusión, ansiedad, agitación.
- Cianosis periférica.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 4

OBJETIVOS

- Suministrar en forma continua y adecuada el oxígeno a la sangre y disminuir el esfuerzo respiratorio y el del miocardio.
- Prevenir o corregir la hipoxemia (disminución de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial) y evitar la hipoxia (disminución del aporte del oxígeno a los tejidos) de los órganos más importantes como cerebro, corazón y sistema respiratorio.

PRECAUCIONES

- El oxígeno es un fármaco y por lo tanto debe prescribirlo el médico salvo en caso de urgencia en que no esté presente el médico.
- El exceso suele producir efectos tóxicos que aparecen entre 24 horas ó días después de iniciada la administración de altas concentraciones. Los efectos pueden ser: atelectasia, congestión y edema, el paciente con toxicidad también puede presentar tapones mucosos e infección. Aunque los problemas son más frecuentes en los paciente intubados, el riesgo se hace extensivo a cualquier persona que reciba oxigenoterapia a concentraciones del 50% ó superiores, por más de 24 horas.
- Los signos tempranos de la toxicidad por oxígeno son los siguientes:
 - Tos áspera y seca.
 - Molestias torácicas.
 - Entumecimiento de las extremidades.
 - Náuseas ó vómito.
 - Fatiga, letargo o inquietud.
 - Disnea.
- Dado a que estos signos y síntomas pueden coincidir con los de un paciente que necesite oxígeno hay que realizar una valoración exhaustiva. Se debe sospechar toxicidad por oxígeno si un paciente con estos signos tiene una presión de oxígeno superior a 100 mmHg en la gasometría arterial.
- El paciente con EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) debe recibir solamente 2 Litros por minuto, ya que las altas concentraciones de oxígeno inhiben el estímulo hipóxico respiratorio, aumentando la retención de dióxido de carbono que desencadenará hipoventilación inducida por oxígeno y posteriormente insuficiencia respiratoria aguda.

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 5

- Suministre oxígeno húmedo para prevenir resequedad y aparición de erosiones en las mucosas que obstaculizan el movimiento ciliar y facilita la invasión bacteriana y viral. Sí no hay contraindicación (Insuficiencia renal o Cardíaca) administre de 3 a 4 L de agua al día para fluidificar las secreciones.
- Cuando se utilice una bala de oxígeno o cilindro verifique la cantidad disponible y mantenga a mano un segundo cilindro para cambiarlo con rapidez cuando el primero se acabe.
- Nunca tape con cinta ni esparadrapo los escapes del cilindro porque la resina es inflamable ni se debe cubrir con ropa de cama, ni prenda de vestir que pueden elevar peligrosamente la temperatura e impedir vigilar el flujómetro, tampoco manipule la bala de oxígeno con las manos impregnadas de talcos, grasas y otras sustancias inflamables; además, mantenga cerradas las válvulas cuando no se utilice el oxígeno aún las balas presuntamente vacías, las cuales deben rotularse "vacías".
- Evite infecciones respiratorias, lo cual se hace utilizando sólo agua estéril para humidificar el oxígeno y llenar el frasco hasta la marca; además se debe realizar un buen lavado de manos antes y después de manipular el equipo, cada 8 horas hay que lavar y secar la mascarilla ó cánula con agua y jabón.
- En personas con neumopatías crónicas no use mascarilla facial simple ya que los bajos flujos no eliminan el CO₂ (Dióxido de Carbono) de la máscara lo que facilita la respiración repetida del dióxido de carbono.
- Si el usuario recibe narcóticos o sedantes vigile los signos de depresión respiratoria como: inquietud, confusión, cefalea, náuseas, taquicardia, disnea y disminución de la Presión de oxígeno menor de 60 mmHg.
- Explique al paciente y familiares las precauciones en relación con la administración de oxígeno.
- Coloque letrero no fumar y evite la presencia de combustibles como: aceite o grasa que es explosiva al contacto con el O₂, no usar prendas de lana, seda o fibras sintéticas. La electricidad estática producida por estos tejidos podría generar una chispa capaz de iniciar el fuego. Tampoco use radio, TV. ni otros dispositivos eléctricos para evitar incendios.

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 6

PROCEDIMIENTO

- Verifique si la bala contiene oxígeno.
- Coloque en posición cómoda al paciente.
- Tome signos vitales.
- Lavase las manos.
- Aliste el humidificador y la extensión de oxígeno, previo llenado con agua estéril.
- Coloque por cánula nasal o mascarilla, según indicaciones médicas.
- Abra la llave de la bala de oxígeno y coloque la cantidad según indicaciones médicas.
- Verifique si el oxígeno esta llegando al paciente.
- Tome signos vitales.
- Registre en la historia clínica el procedimiento y alteraciones.
- Contabilice en que cada entrega de turno el gasto de oxígeno.

ADMINISTRACIÓN

Para administrar convenientemente el oxígeno es necesario conocer la concentración del gas y utilizar un sistema adecuado de aplicación.

La FIO_2 es la concentración calculable de oxígeno en el aire inspirado. Por ejemplo, si el volumen corriente de un paciente es de 500 ml y está compuesto por 250 ml de oxígeno, la FIO_2 es del 50%.

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 7

SISTEMAS DE SUMINISTRO DE OXIGENO

Cánula nasal:

Suministra 24 al 40% de oxígeno.

Se usará en pacientes con ventilación adecuada y volumen corriente normal como los que presentan alteraciones respiratorias mínimas, también en aquellos pacientes que no puedan tolerar concentraciones superiores de oxígeno. La velocidad de flujo habitual es de 1-6 L/m.

Tiene como ventajas que es más cómoda para el paciente que una mascarilla y el paciente puede comer y beber con la cánula colocada, además de su bajo costo.

Cómo desventajas se tiene que la velocidad de dispensación varía con una frecuencia respiratoria y el volumen corriente del enfermo; además puede causar irritación de las ventanas nasales y alrededor de las orejas.

Al utilizar la cánula nasal se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Aplicar lubricante hidrosoluble para prevenir la sequedad de las ventanas nasales.
- Dado que el tubo puede irritar los tejidos blandos, se debe almohadillar con gasas estas zonas e inspeccionarlas regularmente para detectar cualquier irritación cutánea.
- En caso de flujos elevados, añadir humidificación para prevenir la sequedad.
- Se debe mantener el humidificador en el nivel adecuado, utilizando siempre agua estéril.

Mascarilla facial simple:

Proporciona de un 40 a 60% de oxígeno.

Como la concentración de oxígeno varía con la velocidad del flujo ésta debe ser como mínimo de 5L/m (se recomiendan 8-10L/m) para evitar respiración reiterada de CO₂ que se acumula en la mascarilla.

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 8

Entre sus ventajas se tiene que es útil en contextos prehospitalarios de Urgencias, en pacientes obstétricas y durante el transporte de enfermos.

Como desventajas se tiene que si el flujo de O₂ es inadecuado puede producirse la respiración reiterada del dióxido de carbono (CO₂) acumulado en la mascarilla; algunos pacientes pueden sentir claustrofobia; puede escaparse oxígeno por la parte superior de la mascarilla e irritar los ojos.

Al utilizar mascarilla facial simple se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se debe valorar las áreas de contacto de la mascarilla por si aparece enrojecimiento, y cambie la posición de ésta si es necesario.
- Aplicar gasas para reducir la presión en las zonas enrojecidas.
- Mantener el humidificador en el nivel adecuado, utilizando siempre agua estéril.

Máscara de reinspiración o reinhalación parcial:

Es semejante a la máscara simple pero tiene una bolsa de reserva que se conecta al orificio central de la máscara. Durante la inspiración, el O₂ de la bolsa se mezcla con el aire que entra por las ventanas de exhalación.

En la expiración una parte de ella va al ambiente y la otra a la misma bolsa, aunque la mayor parte de gas exhalado escapa por las ventanas. El caudal de oxígeno se gradúa de modo que la bolsa no se colapse.

Con cada inspiración proporciona del 50% al 75% de O₂ con un caudal de 8 a 11 L/m; flujos menores disminuyen la reserva de O₂ en la bolsa y ésta se colapsa.

Cámara de Oxígeno (Tienda tipo Croupette):

Las tiendas de Oxígeno son unidades designadas para proveer una atmósfera donde se puede controlar, no solamente el porcentaje de oxígeno sino también la temperatura y la humedad. Este método ayuda a fluidificar las secreciones.

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 9

La concentración de O₂ por dentro de la tienda deberá analizarse a intervalos regulares, aumentando ó disminuyendo el flujo para mantener una concentración de O₂ estable, el flujo debe ser mucho más alto y se requiere un sistema de enfriamiento o ventilación dentro de la tienda. El flujo debe ser de 10 a 15 L/m. La tienda no debe abrirse más veces de lo estrictamente necesario y se debe mantener bien ajustada la tienda para evitar escapes. Hay que comprobar la temperatura y concentración de oxígeno cada 4 horas.

Se utiliza en niños pequeños, en pacientes con quemadura en cara, en quienes la mascarilla irritaría la piel y en general en pacientes que no pueden tolerar otras formas de terapia.

Dispositivo de alto flujo: Mascarilla tipo VENTURI:

La cantidad de Oxígeno suministrada y la velocidad mínima de flujo está distribuida así:

- 24 y 28% 3 L/m
- 30% 6 L/m
- 35% 9 L/m
- 40% 12 L/m
- 50% 15 L/m.

Este sistema se emplea habitualmente en pacientes con retención crónica de CO₂, como los afectados de EPOC.

El oxígeno pasa a través de unas aberturas estrechas; los respiraderos que hay debajo de la mascarilla permiten que el oxígeno se mezcle con el aire ambiente. La concentración de O₂ suministrada depende del reglaje de la mascarilla y de la velocidad de flujo.

La mascarilla puede llevarse con comodidad.

El paciente tiene que cambiar a una cánula nasal para comer.

Se debe mantener herméticamente ajustada a la cara y buscar posibles fugas.

Para prevenir la hipoventilación inducida por O₂ controlar la gasometría arterial del paciente a intervalos regulares. Así mismo comprobar a menudo la profundidad y frecuencias respiratorias, y valorar sus signos vitales, grado de conciencia y PO₂.

Se deben tener las mismas consideraciones con los dispositivos como cánulas y mascarillas faciales en lo relacionado con manejo de posibles irritaciones cutáneas.

	MANUAL DE OXIGENOTERAPIA	FECHA DE EMISIÓN: MAYO 2009
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 10

HUMIDIFICADORES

Se utilizan para compensar la falta de humedad, éste suministra vapor de agua.

Previenen el resecamiento e irritación de la mucosa respiratoria y ayudan a aflojar las secreciones respiratorias para una extracción más fácil. Los humidificadores se utilizan en todos los dispositivos de suministro de O₂, excepto la mascarilla de Ventury.

NEBULIZADORES

Se utilizan para suministrar un líquido medicamentoso en forma de fino aerosol de góticcas que durante la inhalación pasan a los pulmones. El líquido se fragmenta por medio de una corriente de aire o gas. El objetivo específico es el de conseguir un efecto broncodilatador y descongestivo, además de los efectos de la humidificación del aire inspirado.



ESE
HOSPITAL DEL
PERPETUO SOCORRO
VILLAVIEJA

NIT: 813.011.566 - 3

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA NÚMERO 0193 DE 2008

(30 de diciembre de 2008)

**POR MEDIO DE LA CUAL SE ACTUALIZA Y ADOPTA OFICIALMENTE EL
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC**

La Gerente de la ESE HOSPITAL PERPETUO SOCORRO de Villavieja - Huila,
en uso de sus facultades legales, estatutarias, y

CONSIDERANDO

1. Que el Decreto No. 1011 del 3 de Abril de 2006, definió el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud para aplicación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Empresas Promotoras de Salud, Empresas de Medicina Prepagada, Entidades Adaptadas, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.
2. Que el Artículo No 32 del Decreto 1011/06, estableció la obligatoriedad por las IPS y los lineamientos de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad .
3. Que el Artículo 55 del mencionado Decreto, reglamentó que las Instituciones obligadas a desarrollar los procesos de auditoria tendrán un plazo de (6) seis meses, contados a partir de la vigencia del decreto, para diseñar e implantar los Procesos de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud en la Instituciones de Salud.
4. Que se hace necesario que la ESE HOSPITAL PERPETUO SOCORRO de Villavieja - Huila, se acoja a las directrices del Decreto No. 1011 de 2006.
5. Que por lo anteriormente expuesto,

"EN VILLAVIEJA, SALUD CON CALIDAD PARA TODOS"

Carrera 3ª.No. 3-17 Telefax 8 797641 – 8 797542 E-mail ESEVILLAVIEJA@YAHOO.ES



ESE
HOSPITAL DEL
PERPETUO SOCORRO
VILLAVIEJA

NIT: 813.011.566 - 3

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Adóptese oficialmente para la ESE HOSPITAL PERPETUO SOCORRO de Villavieja -Huila, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

ARTICULO SEGUNDO: El seguimiento y desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la ESE, se realizara a través de los comités establecidos.

ARTICULO TERCERO: Designese como responsable del funcionamiento y puesta en marcha del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la ESE, al Asesor de Calidad o Auditor Medico o quien haga sus veces.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la Empresa Social del Estado Hospital del Perpetuo Socorro de Villavieja Huila, a los treinta (30) días del mes de Diciembre de dos mil ocho (2008).

MONICA SANCHEZ FALLA
Gerente

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 4

INTRODUCCION

Teniendo en cuenta la preocupación que genera el poder ofrecer un servicio con cero errores, que proporcione la satisfacción total del cliente tanto interno como externo, reduciendo costos y con racionalidad técnico científica, obliga a realizar en las diferentes Instituciones Prestadoras de servicios de Salud las acciones de Auditoria Medica, y acorde con la gran reforma en el sector de la Salud que produjo la LEY 100 de 1.993, lo cual conlleva la obligatoriedad de la auditoria Medica para las IPS del sector (Artículos 227 y 232) como también en el Decreto 1011/06 M.P.S. (Artículos 7 y 32).

No obstante, la mayor importancia de la Auditoria Medica no es la obligación legal, sino la necesidad que plantea la reforma del S.G.S.S.S. ya que bajo costos estándares, el mercado de la salud propuesto por la ley 100/93, plantea una competencia fundamental en la calidad de la atención en salud, en la cual tiene especial importancia la Auditoria Medica, siendo la principal acción en materia de calidad de los procesos de la atención.

En las I.P.S. el servicio medico es el servicio básico por lo cual debe enmarcarse en una cultura de la calidad, teniendo en cuenta estructuras y procesos, de los que se derivan resultados del que hacer profesional como lo plantea el padre de la Calidad en salud DONAVEDIAN.

Las características de la Auditoria médica es:

OBJETIVIDAD: Debe corresponder a hechos reales contenidos en la historia clínica del caso sometido a análisis, se utiliza para estudio y análisis los elementos contenidos en ella.

DOCUMENTADA: El análisis y evaluación se realiza a documentos de la atención de salud, se aplica el método de análisis documental, se debe complementar y aclarar la información documentada en datos suministrados por personas relacionadas con la atención del servicio.

PLANEADA: Persigue unos objetivos y se prevén aspectos concretos a analizar, y obedecen a políticas institucional y a un programa para ejecutar en el tiempo requerido por una asignación de recursos (Responde al para que, el cuando, al como, al cuanto se va auditar).

113

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 5

CONFIDENCIAL: Los resultados obtenidos de la auditoria deben ser reservados, únicamente conocidos por el Gerente de la ESE, el medico y las personal directamente relacionadas con el caso.

PERMANENTE: Debe ser continua y parte integrante de los planes y programas institucionales, no debe obedecer a casos fortuitos como muertes o daño al paciente y conflictos legales, debe ser tarea de rutina propia de la Empresa.

PARTICIPATIVA: La discusión de los datos y resultados, deben hacer parte, por lo menos, las personas implicadas en el caso, también participar profesionales interdisciplinarios que aporten conocimientos y experiencia para mejorar el estudio del caso.

FLEXIBLE: cada caso tiene sus propias características, por lo que las técnicas y procedimientos generales aceptados en la profesión, deben ser interpretados de acuerdo al Hallazgo concreto de cada caso. Por lo que no se debe ser Dogmático, considerando que todos los casos se resuelven bajo los mismos parámetros.

PERFIL DEL AUDITOR: Debe ser realizada por especialista de reconocido prestigio profesional.

La ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO, como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y con el deseo de fomentar el mejoramiento continuo de la empresa y por ende de los servicios de salud prestados a sus afiliados, ha implementado el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad el cual incluye dentro de sus soportes documentales el Manual de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud prestados, de acuerdo con lo estipulado en el Decreto 1011/06 de 2.006 del Ministerio de la Protección Social.

Este Manual es el inicio de la creación de una Cultura de la Calidad Empresarial la cual se pretende implementar en la entidad en un plazo no muy largo, involucrando en lo posible a todos los funcionarios de la Empresa desde la Gerencia hasta los Servicios de Apoyo, conociendo de antemano que tendrá que recorrer un largo camino antes de lograr este gran objetivo.

Con la elaboración de este manual se pretende establecer en forma macro una serie de objetivos a cumplir con un mínimo de cualidades que de alguna manera garanticen la

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 6

calidad en la prestación de los servicios de salud en las instituciones propias, así como en sus procesos administrativos que tienen que ver con los usuarios tanto internos como externos ; de igual manera nos suministra las políticas de Calidad a implementar con la finalidad de incrementar la eficacia, y la eficiencia de las actividades para alcanzar la optimización de los recursos, minimizar los costos y maximizar las ganancias que conlleven a alcanzar los resultados esperados y posicionarse de esta forma en el mercado de la libre competencia.

Igualmente les ofrece a las EPSC/EPSS y demás la garantía de que se establecen acciones y mecanismos que permitan evaluar en forma previa las acciones y mecanismos utilizados por la Empresa Social del estado Perpetuo Socorro de Villavieja para auto controlar los estándares e indicadores de calidad de los procesos prioritarios de prestación de servicios, definidos en forma conjunta para ser recibidos por sus afiliados.

El Hospital precisara en forma clara el proceso de seguimiento y monitoreo de las acciones y mecanismos de auditoria, mediante su Manual de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud (PAMEC) al igual que las acciones y mecanismos correctivos para solucionar eventos no previstos con las diferentes patologías.

Este MANUAL se aplicarán en todo la ESE y en todos los centros de atención en salud tanto rural como urbano a todos los profesionales de la salud de la ESE.

Este manual de auditoria como las guías de salud junto con sus contenidos será actualizado periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Una vez adoptadas este Manual de Auditoria, el ESE adelantará la correspondiente fase de información y divulgación (inducción y socialización) las cuales estará a cargo del los profesionales que van ha desarrollarlo; con asistencia técnica, el cual además tendrá el objetivo de fortalecer la gestión de la empresa y de los profesionales de la salud y garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Decreto 1011/06 y la resolución No. 1043/06.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 7

I- DEFINICIÓN DE AUDITORIA:

Teniendo en cuenta que la Definición de Auditoria Medica es *"un proceso que contribuye al continuo desarrollo y optimización de la calidad humana, técnica y administrativa de los servicios de salud, mediante la evaluación, análisis y mejoramiento continuo y sistemático de la prestación, enfocado principalmente en su organización coordinación, proceso y resultado"* como también es el "conjunto de mecanismos y actividades de evaluación, retroalimentación y control orientada a garantizar la calidad, eficiencia, transparencia y oportunidad en el momento conveniente (Ciclo dinámico), necesaria para el mejoramiento continuo de los servicios de salud".

Entonces definimos que la Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un mecanismo sistémico y continuo de evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad complementarios a los que determinan como básicos en el Sistema Único de habilitación establecidos en la Resolución No. 1043 del 3 de Abril de 2.006 MPS, el cual se implementar en la ESE DE VILLAVIEJA; los **PROCESOS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, (PAMEC)** y desarrollarlo durante el año 2.007.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que contempla el decreto 1011/06, se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 8

2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Según el artículo 37 de dicho decreto contempla que las IPS deberán establecer un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

1. **Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad como son. Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, continuidad,.
2. **Atención al Usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 9

II- OBJETIVOS

Dentro de los Objetivos específicos que se pretende cumplir están:

1. Comprometer la participación de todos los grupos de profesionales en la prestación de la atención en Salud.
2. Evaluar el grado de coordinación alcanzada entre los diferentes servicios desde el punto de vista de estructura, proceso y resultado.
3. Cumplir con acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales
4. Disminuir las quejas de los usuarios.
5. Lograr que los resultados de la auditoria sean comprendidos y aceptados por todos los responsables de la salud.
6. Evaluar la calidad de la atención medica y su eficiencia eficacia, efectividad de la administración e impacto en la población usuaria.
7. Determinar la calidad de la atención que presta la IPS e introducir correcciones que fueren necesarias para superar las deficiencias que se detecten y contribuir a su mejoramiento.
8. Brindar información y orientación a los pacientes sobre sus deberes y derechos preservándolos.
9. Cumplir con las funciones de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante la evaluación sistemática e imparcial de los procedimientos, métodos, condiciones de ejecución, procesos, productos y servicios, con el fin de orientar la toma de decisiones y asegurar la calidad en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
10. Cumplir con los principios fundamentales de: calidad, eficiencia, objetividad, integralidad, consistencia, ética e independencia mental.
11. Evaluar la calidad de las historias clínicas y los registros clínicos en general.
12. Velar por el establecimiento e implementaron y evaluación de los protocolos o guías de atención integral en Salud.
13. Lograr un uso racional de los medicamentos utilizados.
14. Contribuir a una mejor eficiencia de los servicios de salud.
15. Lograr la calidad y el cumplimiento de las referencias y contrarreferencias.
16. Lograr el uso racional de la cama hospitalaria.
17. Velar porque se cumpla la funcionalidad del comité de Historias Clínicas.
18. Lograr conocer la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 10

Los resultados de este Programa corresponden a informes, conceptos y recomendaciones que se emiten a fin de mejorar el proceso auditado, estas recomendaciones no son de obligatorio cumplimiento, su aplicación responde a las necesidades de la organización, los cuales van dirigidos a cinco grupos de clientes: Gerente de la organización, personal del nivel técnico, personal operativo, la comunidad de usuarios y otras IPS.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 11

III- LA AUDITORIA MÉDICA GENERAL

Igualmente Este programa de Auditoria Medica General realizara:

- ✓ Informes con recomendaciones y sugerencia en materia de calidad, dirigidos a realizar acciones de tipo preventivo y de seguimiento según Decreto 1011/06..
- ✓ Informes con situaciones de riesgos y las consecuencias que se pueden presentar de persistir la situación encontrada.
- ✓ Hallazgos y variaciones observadas en un proceso en un tiempo determinado.
- ✓ Informes de auditoria con deficiencias encontradas, describir los problemas surgidos y registra las medidas propuestas para solucionar estos criterios.
- ✓ Informes basados en hechos que pueden ser comparados con algún parámetro (Estándares, estadísticas ect).

La ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA, se encuentra ubicada en el municipio de Villavieja y presta los siguientes servicios, según su portafolio de servicios:

- ♦ Medicina General.
- ♦ Odontología General.
- ♦ Laboratorio Clínico I Nivel.
- ♦ Transporte de Ambulancia.
- ♦ Pequeñas Cirugías.
- ♦ Urgencias.
- ♦ Hospitalización I nivel.
- ♦ Atención de Partos de Baja complejidad.
- ♦ Programas de Promoción y prevención de la salud.
- ♦ Campañas Educativas y Preventivas.
- ♦ Farmacia.

Hacia el mejoramiento de estos servicios van enfocados nuestros objetivos y actividades en este Manual de Auditoria Medica.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 12

IV- ACTIVIDADES DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: **METODOLOGÍA**

La ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO cumplirá con la metodología contemplada en el Decreto 1011/06, como procesos mínimos de auditoria los siguientes:

- A. LA AUTO EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD.** La ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad (**Accesibilidad:** la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza en la ESE, **Oportunidad.** la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, esta relacionada con oferta y demanda de servicios; **Seguridad.** El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias; **Pertinencia.** El grado en que los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales; **Continuidad.** Es el grado en que los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico).
- B. LA ATENCIÓN AL USUARIO.** Se evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

Todos estos procesos se llevaran a cabo a través de tres tipos de acciones: **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. **Acciones de Seguimiento.** Que deben realizar durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad. **Acciones Coyunturales.** Que deben realizar retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

M21

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 13

Dando aplicación a lo anterior la ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA, a establecido la siguiente metodología, la cual será implementada por el Auditor medico, de acuerdo a un cronograma establecido por la Gerencia y/o Comité de Calidad de ESE:

EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA.
 EVALUACIÓN DE PROCESO.
 EVALUACIÓN DE RESULTADO.
 EVALUACIÓN DE IMPACTO.

M22

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 14

V- EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA

Se hará un diagnostico de la situación actual de la ESE PERPETUO SOCORRO DE VILLAVIEJA, referente al cumplimiento de estándares de Habilitación, disponibilidad del recurso Humano, disponibilidad del recurso Físico, Accesibilidad de los usuarios a los servicios, Se evaluarán todas las áreas asistenciales y administrativas de Salud de la ESE:

1. CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN:

Acciones de tipo preventivo:

Con el fin de cumplir con el Decreto 1011/06, y con los contratos con las diferentes EPS/ARS, revisara semestralmente el formulario de inscripción en el registro especial de IPS y el certificado de cumplimiento de las condiciones para la habilitación expedidas por el ente territorial (Secretaria de Salud departamental del Huila), los cuales se les evaluara que todos los servicios declarados correspondan a los prestados con calidad, como documento requisito para la oferta de servicios en el mercado de la salud.

Acciones de seguimiento:

Como complemento de lo anterior, La ESE mediante su auditor medico realizara verificación del cumplimiento de las condiciones de la habilitación; En caso de detectar que algún servicio no cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento de la Gerente de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección y así evitar la suspensión de la prestación de este servicio según contratos vigentes (artículo 8 Resolución 1043/06)

Para realizar esta verificación se utilizara los estándares descritos en la resolución No. 1043/06 (Recurso Humano, Infraestructura: Instalaciones y mantenimiento, Dotación y mantenimiento, Insumos, Procesos prioritarios asistenciales, Historia Clínica, Interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos).

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, utilizando formato de visita Verificación de cumplimiento de condiciones de Habilitación Anexo No. 01. (Formatos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud)

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 16

a) DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS ASISTENCIALES:

Acciones de tipo preventivo:

Con el fin de garantizar la accesibilidad y oportunidad de los servicios a la población a atender establecerá los siguientes **estándares** de calidad:

Medicina General: 8 horas medico general / mes por cada 3000 usuarios.

Odontólogo General: 8 horas odontólogo general / mes por cada 6000 usuarios.

Bacterióloga: 8 horas Bacterióloga general / mes por cada 6000 usuarios.

Enfermera Profesional: 8 horas Enfermera Jefe / mes por cada 3000 usuarios.

Acciones de seguimiento:

La UAE mediante su auditor medico realizara la evaluación mensual de la disponibilidad del recurso humano mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que La Clínica este cumpliendo con estos estándares. ; En caso de detectar que algún servicio no cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento de la Gerente de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección (artículo 8 Resolución 1043/06)

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, utilizando los siguientes **indicadores**:

- Horas medico General: $\frac{\text{No. horas medico contratadas}}{\text{Población Objeto}}$

EL RESULTADO NO DEBE SER SUPERIOR A 8

- Horas Odontólogo General: $\frac{\text{No. horas Odontólogo contratadas}}{\text{Población Objeto}}$

EL RESULTADO NO DEBE SER SUPERIOR A 8

- Horas Bacteriólogo: $\frac{\text{No. horas Bacteriólogo contratadas}}{\text{Población Objeto}}$

EL RESULTADO NO DEBE SER SUPERIOR A 8

- Horas Enfermera Profesional: $\frac{\text{No. horas Enf. profesional contratadas}}{\text{Población Objeto}}$

EL RESULTADO NO DEBE SER SUPERIOR A 8

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 17

b)- DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS ADMINISTRATIVO:

Acciones de tipo preventivo:

Los procesos administrativos prioritarios en la prestación de servicios de salud para atender la población tiene los siguientes parámetros:

Asignación de citas: 8 horas para atención.

Atención al usuario: 8 horas para atender en una oficina de atención a los usuarios.

Entrega de Medicamentos: un regente de farmacia (TECNÓLOGO) todo el tiempo de consulta externa.

Remisión de pacientes: tendrá una oficina que podrá ser la de la Enfermera Jefe que realizar 1 hora de esta función.

Acciones de seguimiento:

La ESE mediante su auditor medico realizara la evaluación mensual de la disponibilidad del recurso humano administrativo mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que la ESE este cumpliendo con estos estándares; En caso de detectar que algún servicio no cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento del Gerente de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, utilizando los anteriores indicadores.

c)- DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FISICOS:

Acciones de tipo preventivo:

Con el fin de garantizar la accesibilidad y oportunidad de los servicios a la población a atender establecerá los siguientes **estándares** de calidad:

Cama Hospitalaria: 2 camas / mes por cada 3000 usuarios.

Laboratorio clínico: 0,8 horas laboratorio / mes por cada 1000 usuarios.

Acciones de seguimiento:

La ESE mediante su auditor medico realizara la evaluación mensual de la disponibilidad del recurso Físico mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que El Hospital

1525

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 17

este cumpliendo con estos estándares. ; En caso de detectar que algún servicio no cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento del Gerente del Hospital para que se realice en el menor tiempo posible su corrección

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, utilizando los siguientes **indicadores**:

- Cama Hospitalaria: No. de camas
Población Objeto

EL RESULTADO NO DEBE SER SUPERIOR A 2

- Horas de Laboratorio: No. horas disponible laboratorio
Población Objeto

EL RESULTADO NO DEBE SER SUPERIOR A 0,8

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 18

VI- EVALUACIÓN DE PROCESO

Esta orientado a obtener información sobre el funcionamiento de la prestación de la atención brindada por el personal de salud y de la interacción con las actividades de apoyo diagnóstico y soporte administrativo

Esta representado por todas las fases que tiene la atención, desde el primer contacto del paciente con el servicio hasta su egreso, considerándose la Historia clínica y demás registros clínicos, la aplicación de protocolos o guías de salud, funcionamiento administrativo, los diagnósticos, tratamientos, prescripciones y el uso de ayudas diagnosticas y terapéuticas.

Acciones de tipo preventivo:

Para garantizar la calidad, eficiencia y oportunidad de los servicios de salud, El Hospital, definió los **FLUJOGRAMAS Y MANUALES DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN** que deben ser implementados obligatoriamente por los funcionarios del Hospital en todas sus áreas de atención como son:

- Asignación de citas medicas medicina general.
- Asignación de citas para odontología general.
- Realización de Exámenes de laboratorio Clínico.
- Suministro de medicamentos a los usuarios del RS-RC-VINCULADOS –OTROS.
- Atención de Urgencias.
- Hospitalización incluida la atención de partos.
- Suministro de Complemento terapéutico.
- Transporte de ambulancia.
- Sistema de Referencia y contrarreferencia.

Acciones de seguimiento y Coyunturales:

La ESE mediante su auditor medico realizara la evaluación mensual del cumplimiento de estos procesos, comprendiendo las siguientes áreas:

1. ESTUDIOS ESPECIFICOS DE PROCESOS
2. AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS (Coyunturales).
3. IMPLEMENTACION PROTOCOLOS Y GUIAS DE ATENCIÓN.
4. EVALUACIÓN SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 19

5. OTROS PROCESO DE AUDITORIA DESERVICIOS EN EL HOSPITAL.
6. CONTROL DE GESTION IPS.
7. EVALUACIÓN RENDIMIENTO MEDICO Y ODONTOLÓGICO.
8. COSTO DE FORMULACION.
9. EVALUACIÓN DE OPORTUNIDAD DESERVICIOS.
10. CONTROL ASISTENCIA MEDICA Y ODONTOLÓGICA (DEMAS SERVICIOS).
11. AUDITORIA INTRAHOSPITALARIA.
12. AUDITORIA MANTENIMIENTO DE EQUIPOS.
13. CREACIÓN DE INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD.
14. AUDITORIA SATISFACCIÓN USUARIOS.
15. EVALUACIÓN COSTOS CONSUMO EN URGENCIAS.
16. AUDITORIA DE CASOS ESPECIFICOS (COMITÉ AD-HOD)-Acc. Coyuntural.
4. RESULTADOS DE LOS COMITES DE VEEDURÍA.
5. EXTENSIÓN DE USO.
6. INTENSIDAD DE USO.
7. UTILIZACIÓN.
8. PRODUCTIVIDAD
9. CALIDAD DE LOS PROCESOS.

VI- 1. ESTUDIOS ESPECIFICOS DE PROCESOS:

El auditor medico de La ESE realizara la evaluación mensual mediante observación directa de la atención que se brinda y permitirá detectar las fallas en las áreas de consulta ambulatoria y Hospitalaria en la asignación de citas, oportunidad en la atención, oportunidad en la entrega de medicamentos (pendientes), mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que La ESE este cumpliendo con estos estándares. En caso de detectar que algún servicio no cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento del Gerente de La ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, utilizando los siguientes indicadores que serán tenidos en cuenta posterior a la recolección de información en el formato **EVALUACIÓN DEL PROCESO Y RESULTADO** Anexo No. 01A. y formato **ENCUESTA DE EVALUACIÓN OPORTUNIDAD PROCESO FARMACIA** No. 02 y Formato **EVALUACIÓN SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS** No. 2.A. (Formatos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud)

1128

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 20

- La oportunidad en Asignación de citas (Medicina, odontología y laboratorio clínico) es de : 30 Minutos.
- La oportunidad en Asignación de citas en Urgencias es de: 15 minutos consulta prioritaria y de inmediato -Urgencia vital.
- La oportunidad de la atención en Urgencias es de: 15 minutos consulta prioritaria y de inmediato Urgencia vital
- La oportunidad de la atención (Medicina, odontología y laboratorio clínico) es de: 20 Minutos.
- La oportunidad de la cita en Urgencias es de: 15 minutos consulta prioritaria y de inmediato Urgencia vital
- Oportunidad de la cita en Medicina, odontología y laboratorio clínico: 1 días.
- Oportunidad en la entrega de medicamentos: 90% INMEDIATO, pendientes debe entregarse a mas tardar 48 horas el 100%.

-Eficiencia en Referencia y contrarreferencia pacientes: el indicador será del **5% de los pacientes atendidos mensualmente.**

VI.2. AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS (Acciones Coyunturales).

El auditor medico del La ESE realizara la primera acción coyuntural del PAMEC y es la evaluación mensual de los resultados arrojados por el Comité de Historias clínicas (Odontología, Medicina General) sobre la calidad de la historia clínica que cumpla con los estándares mínimos propuestos mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que El Hospital este cumpliendo con estos estándares; En caso de detectar que algún servicio no cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento del Gerente del Hospital para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.)

Es de anotar que el Auditor Medico debe hacer parte del comité de **HISTORIAS CLINICA** de La ESE, el cual tendrá voz mas no voto.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, utilizando los **siguientes indicadores** los cuales se sacara del Formato de evaluación de Historias clínicas Medicina – Anexo No. 03 y el Formato de evaluación de H. Clínica de Odontología que maneja el comité - Anexo No. 04 (Formatos de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud)

-Porcentajes de Historias Clínicas Buenas:

M29

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 21

BUENO: Puntaje de 80-100 puntos.
 REGULAR: 50-79 Puntos.
 MALO: Menor 50 Puntos

Porcentaje = $\frac{\text{Numero H. Clínica Buenas}}{\text{No. Historias clínicas Evaluadas}} \times 100$

EL ESTANDAR SERA DE 80 PUNTOS COMO MINIMO EN EL HOSPITAL
 EL INDICADOR SERA DE 100.

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLINICAS:

Con este proceso se evaluara la calidad de la Historia Clínicas y sus registros clínicos tanto para medicina y odontología como para los servicios de Archivo y enfermería, actores principales de este proceso.

Se deberá crear el comité de Historias Clínicas en La ESE, sino lo tienen, para que tenga la legalidad y conocimiento público en la IPS, el cual será de obligatorio cumplimiento según normatividad vigente: Resolución del Ministerio de Protección Social No. 1995 de 1.999. y LEY 23/81 (Normas de ética medica)

Además se dará a conocer la mecánica de la evaluación como son su periodicidad, los profesionales invitados, los parámetros clínicos a evaluar, ect. A todos los médicos Generales y odontólogos, personal de Archivo y enfermeras.

Teniendo en cuenta que se deben evaluar en las reuniones, las historias Clínicas de un mes posterior al conocimiento de la creación del comité por parte de los profesionales además arrojará unas Actas que se radicarán en la Gerencia.

La mecánica de las reuniones será la siguiente:

- ♦ Llamado a lista.
- ♦ Verificación del quórum.
- ♦ Lectura del Acta anterior.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 22

- ♦ Verificación de cumplimiento de tareas, responsables e indicadores de logros.
- ♦ Análisis y discusión sobre calidad de la Historias Clínicas, análisis de casos especiales, discusión de estándares.
- ♦ Decisiones, tareas, responsabilidades, indicadores de logros y plazos.

Con la creación del comité de Historias clínicas en La ESE se da cumplimiento a la Resolución No. 1995 de Julio de 1.999, en donde además plantea las funciones, integrantes del comité entre otras cosas.

Para la evaluación de la Historias Clínicas de medicina planteamos el siguiente formato de recolección de esta información (Anexamos formato e instructivo).

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 23

**INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO EVALUACIÓN DE LA
CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA DE MEDICINA
(Anexo: No. 03)**

Este formato esta destinado a la evaluación de historias Clínicas de los médicos que prestan el servicio en La ESE, por lo que se ve la necesidad de hacer cumplir la LEY 23/91 y la resolución 1995/99 M.S. que esta relacionado con la obligatoriedad en las IPS de la Historias Clínicas, en razón a que es un elemento básico para el medico, como también documento legal para posibles investigaciones sobre el ejercicio profesional, Se pretende optimizar el manejo correcto de la Historia Clínica, lo cual redunda en beneficio mutuo paciente- medico.

Para poder evaluar en su totalidad la historia clínica, se presenta este formato que incluye los siguientes aspectos:

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

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

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

A. Criterios Administrativos. La calificación total para este criterio es de **30** puntos. La responsabilidad de puntaje obtenido en estos criterios será del jefe de historias clínicas o su homologo.

Los criterios administrativos comprenden:

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 24

1. Carpeta para archivo:

Definición operacional: Comprende la carpeta oficial para el archivo de la historia clínica, de acuerdo con la normatividad vigente para esta.

Calificación: Calificar con **5** puntos si la historia cuenta con la carpeta para tal fin, o calificar con **0** si no cumple con la misma.

2. Carátula de identificación

Definición operacional: corresponde al formato administrativo que utiliza el archivista durante la apertura de la historia clínica para registrar los datos que sean pertinentes a la gestión del servicio de historias clínicas.

Calificación: Calificar con **5** puntos si la historia cuenta con la hoja de identificación diligenciada y calificar con **0** si no cumple con la misma.

3. Orden historia clínica:

Definición Operacional: Es la secuencia establecida por La Clínica respecto a los documentos que componen la Historia clínica: Hoja de apertura de Historia clínica, hoja de evolución o control y demás registros clínicos.

Calificación: Calificar con **5** puntos si la historia cuenta con el orden preestablecido por La Clínica y calificar con **0** si no cumple con el mismo.

4. Hoja de Apertura de historia clínica:

Definición operacional: Corresponde a la hoja de historia clínica donde se registran los datos completos, deben estar diligenciados todos los ítems. Debe cumplir con absolutamente todas las partes de la historia clínica.

Calificación: Calificar con **5** puntos si cumple, de lo contrario calificar con **0** puntos.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 25

5. Hoja de evolución o control:

Definición operacional: Corresponde a la hoja de registro de todos los controles y actividades médicas realizadas al paciente. Deben ser notas narrativas que informen sistemática y cronológicamente la evolución del paciente; deben ser suficientemente detalladas y numeradas de acuerdo a la Resolución N° 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Como contenido debe incluir los resultados del tratamiento, cambios en cada uno de los padecimientos, hallazgos físicos y de laboratorio, conclusiones del caso, fecha y firma del médico.

Calificación: Calificar con **5** puntos si cumple, de lo contrario calificar con **0** puntos.

6. Nombre y número de la Historia clínica:

Definición Operacional: Corresponde a los datos que deben acompañar toda hoja perteneciente a la historia clínica.

Calificación: Calificar con 5 puntos si cumple, de lo contrario calificar con 0 puntos.

B. Criterios clínicos

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

1. Motivo de consulta:

Definición Operacional: Causa(s) de la consulta del paciente, consignado con las palabras del mismo, y entre comillas.

Calificación: Verificar los criterios y calificar con **5** puntos si cumple con lo definido; si no se ajusta a lo descrito califique con **0** puntos.

2. Enfermedad actual:

Definición Operacional: Es la descripción de la evolución cronológica de los signos y síntomas que presente el paciente al momento de la consulta, transcritas con sus palabras y/o expresiones técnicas.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 26

Calificación: Verificar su diligenciamiento y calificar con **2** puntos. Si no existe o no se ajusta a lo definido califique con **0** puntos.

3. Antecedentes familiares:

Definición operacional: Descripción clara de los antecedentes familiares de importancia para la historia del paciente.

Calificación: Verifique lo aquí dispuesto y califique con **2** puntos si cumple con esto, de lo contrario califique con **0** puntos.

4. Antecedentes personales:

Definición operacional: Descripción clara de los antecedentes de salud que el paciente ha presentado durante toda la vida. Estos deben incluir los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecobstétricos, traumáticos, tóxicos, alérgicos, ocupacionales, y farmacológicos.

Calificación: Califique con **2** puntos si se cumple con lo solicitado, en caso contrario calificar con **0** puntos.

5. Hábitos y factores de riesgo:

Definición Operacional: Estos datos son complementarios a la información registrada en antecedentes personales y pretenden mostrar todos los factores de riesgo para todas las enfermedades que presenta el paciente así como su comportamiento ante dichos factores (hábitos), de tal forma deberán determinarse los hábitos como el tabaquismo, el alcohol, el ejercicio, tendencias sexuales, o exposiciones al humo, polvo, estrés, etc.

Calificación: Verificar lo anterior y calificar con **2** puntos si está ajustada al estándar, de lo contrario calificar con **0** puntos.

6. Revisión por sistemas:

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 27

Definición Operacional: Es el interrogatorio que hace el médico al paciente de una manera dirigida, explorando la existencia o no de síntomas pertenecientes a cada órgano o sistema del cuerpo humano. Si el paciente no refiere ningún otro síntoma al ser cuestionado sobre los mismos, deberá aparecer registrada en la historia clínica dicha situación

Calificación: Si se ajusta al estándar calificar con **3** puntos, en caso contrario calificar con **0** puntos.

7. Signos Vitales:

Definición operacional: Corresponde al registro de los signos clínicos calificados como vitales y tomados por el médico al inicio de la consulta, estos son Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Temperatura, Frecuencia Respiratoria. Deberá registrar en la historia clínica como mínimo para adultos la tensión arteria, frecuencia cardíaca y respiratoria, para pediatría registrar como mínimo frecuencia cardíaca, respiratoria y temperatura.

Calificación: Calificar con **3** puntos si se ajusta al estándar y con **0** puntos si falta.

8. Examen físico:

Definición Operacional: Es el registro de la exploración realizada por el profesional al paciente, el cual debe incluir: Aspecto general, y la descripción específica de cada región anatómica; ello incluye cabeza, órganos de los sentidos, cuello, tórax, corazón y pulmones, abdomen, Extremidades, Genitourinario, Neurológico y Neuro-muscular. Si por alguna razón se omite una parte del examen físico, deberá anotarse el primer motivo por el cual no se revisa. Los términos "normal" y "negativo" son opiniones y no hechos, por lo tanto no son aceptables, salvo cuando se usan para resumir las observaciones que se han anotado.

Calificación: Calificar cada uno de los diez ítem que comprenden el Examen físico con un valor de **1** punto, para un total de **10** puntos, si no se describe algún ítem se calificará con **0** puntos.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 28

9. Impresión diagnóstica

Definición Operacional: Nombre (s) de una (s) Entidad (es) patológica (s) formulada (s) como hipótesis probable por parte del profesional tratante.

Calificación: Calificar con 5 puntos si se ajusta al estándar y con 0 puntos en caso contrario.

10. Conducta farmacológica

Definición operacional: Incluye el plan de tratamiento, dosis de medicamentos, se registra el nombre genérico, la cantidad total formulada, la dosis del medicamento y la vía de administración.

Calificación: Si se ajusta al estándar calificar con 3 puntos, en caso contrario calificar con 0 puntos.

11. Conducta no farmacológica

Definición operacional: Es el conjunto de procedimientos que el profesional médico decide realizar sobre el paciente y en el cual se determinan los exámenes complementarios para esclarecer el diagnóstico, y servicios de apoyo terapéutico que requiere el paciente para mejorar su condición y definir posteriores controles ya sea por el medico tratante o su remisión al especialista. Se deben registrar también las derivaciones de pacientes a los programas de promoción y prevención, así como el registro de las recomendaciones de las actividades de promoción y prevención realizadas o informadas al paciente.

Calificación: Si se ajusta al estándar calificar con 3 puntos, en caso contrario calificar con 0 puntos.

12. Transcripción e interpretación de exámenes paraclínicos:

Definición operacional: Se entiende por este ítem que los exámenes paraclínicos se encuentran registrados en la hoja de evolución los resultados de todos los exámenes solicitados por el médico, al igual que su interpretación, de acuerdo a la resolución N° 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 29

Calificación: Verificar lo descrito anteriormente y calificar con **2** puntos si cumple con esto, en caso contrario califique con **0**

13. Coherencia y Pertinencia

Definición operacional: Se refiere a la relación lógica que debe existir entre todos los registros anotados en cada sección de la historia clínica. Su evaluación deberá ser objetiva por el calificador.

Calificación: Verificar lo descrito anteriormente y calificar con **11** puntos si cumple con esto, en caso contrario califique con **0**.

14. Letra Legible:

Definición operacional: Se considera legible la Historia Clínica que al ser revisada es leída en su totalidad. En lo posible no puede tener siglas que no puedan ser entendidas por otro personal (auxiliar o administrativo).

Calificación: Calificar con 11 puntos si cumple, de lo contrario calificar con 0 puntos.

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

Definición operacional: Corresponde a los datos que identifican al profesional prestador del servicio, el código o registro médico.

Calificación: Calificar con 6 puntos si cumple, de lo contrario calificar con 0 puntos.

Para finalizar se deben sumar los totales para cada criterio y hacia abajo para cada historia clínica. Finalmente el Auditor responsable de la evaluación firma.

Evaluación:

Mensualmente se reunirá el comité e invitara a un profesional medico para que participe, quienes evaluaran unas 5 historias clínicas de cada servicio al azar y sus resultados obtenidos se le tomaran los correctivos necesarios consignándolos en el acta

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PAMEC	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2 APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA PAGINA: 30
---	---	---

correspondiente, enviando posteriormente oficio al profesional evaluado para que conozca los resultados y se invite a mejorar continuamente. **El estándar** en El Hospital será de 80 puntos como bueno, y **el indicador** será de 100.

INSTRUCTIVO DE EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS DE ODONTOLOGIA

Anexo. 04

Este formato esta destinado a la evaluación de historias Clínicas de los Odontólogos que prestan el servicio en La ESE, por lo que se ve la necesidad de hacer cumplir la resolución 1995/99 M.S. que esta relacionado con la obligatoriedad en las IPS de la Historias Clínicas, en razón a que es un elemento básico para el medico, como también documento legal para posibles investigaciones sobre el ejercicio profesional, Se pretende optimizar el manejo correcto de la Historia Clínica, lo cual redunda en beneficio mutuo paciente-odontólogo.

Para poder evaluar en su totalidad la historia clínica, se presenta este formato que incluye los siguientes aspectos:

1. **Identificación:** Va el numero del documento de identificación del paciente y la entidad a la cual pertenece, además de nombre y/o código del profesional evaluado.
2. **En la sección de Archivo se evaluara:**
 - ✓ El estado general de la carpeta, tiene un puntaje de 0 al 30.
 - ✓ Estado del membrete, tiene un puntaje de 0 al 30.
 - ✓ El encabezamiento de la Historia clínica, con los datos completos, tiene un puntaje de 0 al 40.
3. **En el Departamento de Enfermería se evaluara:**
 - ✓ El orden de presentación de la Historia clínica (Hoja de evolución, reportes radiológicos, ecografías, laboratorios, ect.) tiene un puntaje de 0 al 50.
 - ✓ Fecha de la consulta y especialidad, tiene un puntaje de 0 al 25.
 - ✓ Colocación del sello y nombre del profesional que va a tratar el paciente, tiene un puntaje de 0 al 25.
4. **Evaluación del profesional Odontológico** se evaluara la calidad de la historia en su aspecto de fondo es decir no tanto si esta registrado un diagnostico o un plan de tratamiento sino el determinar que tanto de justificación y nexo causal entre las etapas del acto odontológico, teniendo en cuenta que el tratamiento es integral
 - ✓ La anamnesis, motivo de consulta y datos básico, tiene un puntaje de 0 al 10.

139

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 31

- ✓ Tendrá anotado el examen Físico Estomatológico completo, tiene un puntaje de 0 al 10.
- ✓ Se llenara adecuadamente el odontograma de examen y evolución de tratamiento, tiene un puntaje de 0 al 20.
- ✓ Se anotara el diagnostico presuntivo, definitivo y pronostico, tiene un puntaje de 0 al 10.
- ✓ La conducta o plan de tratamiento debe ir correlacionada con el diagnostico, tiene un puntaje de 0 al 20.
- ✓ La evolución del tratamiento incluye la fecha y exámenes requeridos, tiene un puntaje de 0 al 20.
- ✓ Al fina tendrá la firma del profesional tratante y responsable de la valoración del paciente, tiene un puntaje de 0 al 10.

Evaluación:

Mensualmente se reunirá el comité e invitara a un Odontólogo para que participe, quienes evaluaran unas 5 historias clínicas del servicio de odontología y sus resultados obtenidos se le tomaran los correctivos necesarios consignándolos en el acta correspondiente, enviando posteriormente oficio al profesional evaluado para que conozca los resultados y se invite a mejorar continuamente.

El estándar en La E será de 80 puntos como bueno, y **el indicador** será de 100.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 32

VI.3- IMPLEMENTACION DE LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DE ATENCIÓN Y EVALUACIÓN DE SU CUMPLIMIENTO

Es función del Programa de Auditoria Medica velar por el cumplimiento y el funcionamiento de las guías de atención integral en los servicios ofertados por La UAE, Por lo que se participara en su creación con todos los profesionales de las áreas si no las tienen.

Este proceso se inicia solicitando a la oficina de estadística de La ESE, el perfil epidemiológico de los servicios de mayor demanda, como son: Urgencias, Consulta externa de Medicina General y Odontología, Obstetricia y de procedimientos.

Estos protocolos o guías de manejo tendrán como objetivo principal para su elaboración:

- ✓ La participación de todos los profesionales de la salud es decir médicos, y enfermeras, quienes ayudaran a elaborarlos. (Este proceso ya lo realizo La UAE)
- ✓ Con estas guías y protocolos tanto de medicina como odontología se tendrá unificación de criterios técnicos científicos entre los profesionales.
- ✓ Se ajustaran a las necesidades de El Hospital, tanto económicas como administrativas.
- ✓ Servirán como parámetros de evaluación para los entes de control y vigilancia.

La evaluación del cumplimiento de estas guías y protocolos se realizara mediante el comité de Historias Clínica y de las referencias o remisiones a niveles superiores que realicen los profesionales de la salud, para lo cual se cuenta con el formato de **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**, Anexo No. 05.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 33

VI. 4- EVALUACION DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Para la elaboración de este proceso se tendrá en cuenta la evaluación de los siguientes elementos: estructura, el proceso y el resultado.

Dentro del proceso de estructura se evaluara si El Hospital cuenta con el Formato: **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**, el cual estará diseñado para la remisión de pacientes a otras entidades de mayor complejidad o interconsulta con especialistas que no cuenta la IPS, quienes darán respuesta a la solicitud de la remisión, para que el medico remitente tenga conocimiento de el plan de tratamiento y conducta realizada al paciente.

El segundo elemento de evaluación es el Proceso, el cual tendrá como fin de verificar como se viene realizando por el profesional medico la referencia de pacientes del nivel inferior a los de mayor complejidad, evaluándole el plan realizado para la estabilización del paciente a remitir (Procedimientos, estancias, medicamentos, paraclínicos con resultados, ect) y la devolución de los mismos al primer nivel de atención.

Y por ultimo se evaluara el resultado de todo este proceso, es decir que no existan inconvenientes ni obstáculos para que el paciente adquiera el servicio al cual fue enviado o remitido por su medico tratante (Oportunidad).

Para evaluar todo este proceso se realizo un formato el cual proporcionara la información necesaria para ver como se viene realizando el sistema de Referencia y contrarreferencia en la IPS.; **El estándar** es que todas las remisiones (100%) deben tener formato, diligenciado completamente y llevar el plan de estabilización del paciente; **el indicador** es 100. ($100 = \frac{\text{Remisiones buenas evaluadas}}{\text{Total de remisiones}} \times 100$)

Total de remisiones

Es de anotar que se deben tener todos los conceptos técnicos que enuncia el Decreto 2759 del 11 Diciembre del 1.991 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social. (Definiciones: Remisión, interconsulta, contrarreferencia, ect).

Anexamos formato para evaluar el sistema de referencia y contrarreferencia.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 34

VI.5- OTROS PROCESOS DE AUDITORIA DE SERVICIOS EN LA CLINICA

Se tendrá en cuenta el artículo 7 y 36 del Decreto 1011/06 M.P..S., las cartas Circulares 08/junio/95 S.N.S. para el desarrollo de este punto, como también la problemática Social y económica que se encuentra el Sistema de Seguridad social en Colombia y que viene afectando en gran parte a las IPS.

Como es de conocimiento publico las IPS de I, II, III nivel tuvieron un recorte del situado fiscal muy importante, recurso económico que se utiliza para cubrir los costos que genera los pacientes vinculados al POS-S, de otra parte la modalidad de contratación de las ARS y algunas EPS con las IPS de II, III nivel, por UPC o POR EVENTO, hace que las IPS de II III nivel se vean en la necesidad de crear mecanismos de control para mantener los estándares de calidad propuestos como procesos prioritarios y contención de costos sin llegar a disminuir la calidad en la atención de los servicios de Salud.

Por lo que se deben evaluar periódicamente a todos los profesionales que laboran en El Hospital, enseñándolos a racionalizar servicios, a prestarlos con calidad, que se vuelvan gerentes de sus propios recursos y procesos de trabajo dando rentabilidad y productividad económica y social a la población de la zona de influencia, porque los rangos de equilibrio financiero en las IPS es muy estrecho y cualquier desfase puede llevar a la IPS a la iliquidez.

Teniendo estos principios fundamentales, se evalúan los servicios:

VI.6- CONTROL DE GESTION EN LA IPS

Se le evalúa el rendimiento mensual de los médicos Generales y Odontólogos, teniendo en cuenta el numero de horas contratadas, laboradas, total de consultas realizadas y previstas en ese mes, igualmente el numero de citas incumplidas, el total de laboratorios Clínicos solicitados como también de incapacidades, imágenes diagnosticas, total de remisiones y de formulas.

Para la recolección de esta información se crea el formato de control de Gestión, con las variables anteriormente anotadas, las fuentes de información son los RIPS de cada profesional, los cuales los encontramos en la Oficina de Estadística e Informática.

Los resultados son analizados y comentados con el Gerente, para tomar decisiones de ajuste y crear estándares que le permitan disminuir costos ya que estos servicios son en

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 35

su gran mayoría Capitados y si no se realiza alguna gestión se disparan los costos, por ultimo se le comunica a los profesionales las decisiones.

Anexamos formato de control de Gestión en la IPS.

VI.7-EVALUACION RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD DE CADA PROFESIONAL

En este proceso utilizamos igualmente la información recolectada en el formato de control de Gestión, pero se le agrega variables como: oferta real, oferta técnica, promedio paciente atendido al día, rendimiento consulta hora, productividad, horas día para atender demanda actual, si el profesional es de planta o por contrato.

En este proceso se pretende ajustar las horas contratadas por los profesionales y que verdaderamente necesita la IPS para su producción y utilidad económica.

Se recogerá la información en el Formato de EVALUACIÓN DE RENDIMIENTO Y PRODUCTIVIDAD de cada profesional, Anexo: 06 .

VI.8-COSTO DE FORMULACION

Se evalúa los promedios de costos por formula como también los promedios de medicamentos por formulas que realizan los profesionales del área asistenciales del Hospital, en cada servicio.

Igualmente se aplica un formato mensual el cual anexamos, los resultados obtenidos son evaluados y analizados para sus ajustes pertinentes si se tienen establecidos los estándares de costos en medicamentos y por pacientes (Centro de costos).

Se aplicara el Formato EVALUACIÓN COSTO DE FORMULACION anexo: No. 07.

VI.9-EVALUACION DE LA OPORTUNIDAD DE LOS SERVICIOS

Para realizar este proceso se solicita a la oficina de citas y archivo de Historias clínicas, la siguiente información que es tabulada en un formato: No. de la historia clínica del paciente, Nombre del paciente, Fecha de la solicitud de la cita, Fecha de asignación cita, fecha de la atención, nombre del profesional evaluado y el servicio.

44

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 36

Igualmente esta información se recoge en un formato que anexamos, siendo analizada y evaluada, tomando los correctivos del caso y dando siempre a conocer sus resultados a los profesionales evaluados e invitándolos al mejoramiento continuo.

Los resultados obtenidos en este formato nos permite conocer si los servicios se están prestando oportunamente es decir en el momento que lo requiere el paciente y que no existe demora en su atención.

Se establecerán los ESTANDARES MINIMOS DE OPORTUNIDAD DE LA ATENCION A CORTO Y MEDIANO PLAZO (PROPUESTA PARA AUDITAR)

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

Se aplicara el Formato EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE SERVICIOS, Anexo No. 08.

Los estándares propuestos se enuncian a continuación:

- A CORTO PLAZO.

• .Máximo plazo de tiempo entre la solicitud de consulta (no urgente) y la asignación de la cita en los servicios de :

- Medicina General 1 Días
- Odontología 1 Días

• Máximo plazo de tiempo entre la solicitud de consulta urgente y la prestación del servicio (excluya la demanda de atención por heridas, traumas o accidente) :

- Medicina General 15 Minutos
- Odontología 15 Minutos

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 37

- Máximo plazo de tiempo entre la toma de muestra y entrega de resultados por el laboratorio clínico :
 - Servicio de Urgencias 60 Minutos
 - Servicio de Hospitalización 8 Horas
 - Consulta Externa 24 Horas
- Máximo plazo de tiempo entre la toma de ayudas diagnósticas de imagenología y la entrega de resultados (Actualmente no aplica por no tener habilitado el servicio):
 - Servicio de Urgencias 60 Minutos
 - Servicio de Hospitalización 12 Horas
 - Consulta Externa 48 Horas
 -
- Máximo plazo de tiempo entre la decisión de intervención quirúrgica de baja complejidad y la cirugía programada:
 - Hasta 15 Días
 - Hasta Una nueva programación por causa justificada.
- Tiempo mínimo asignado a la consulta :
 - Medicina General 1er Vez 20 Minutos
 - Medicina General Control 15 Minutos
 - Odontología 1er vez 20 Minutos en la realización del examen odontológico,
Tratamiento 20 Minutos Diente terminado
 - Urgencias Médicas 15 Minutos

-A MEDIANO PLAZO

- Máximo plazo de tiempo entre la solicitud de consulta (no urgente) y la asignación de la cita :
 - Medicina General menos de 1 día
 - Odontología menos de 1 día
- Plazo máximo de tiempo entre solicitud de consulta urgente y la prestación del servicio (excluye la demanda de atención por heridas, traumas o accidente) :

37"EN VILLAVIEJA, SALUD CON CALIDAD PARA TODOS"

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 38

- Medicina General 15 Minutos
- Odontología 30 Minutos

- Máximo plazo de tiempo entre la toma de muestra y entrega de resultados por el laboratorio clínico :
 - Servicio de Urgencias 60 Minutos
 - Servicio Hospitalización 5 Horas

- Máximo plazo de tiempo entre la toma de ayudas diagnósticas de imagenología y la entrega de resultados (Actualmente no aplica por no tener habilitado el servicio) :
 - Servicio de Urgencias 60 Minutos
 - Servicio de Hospitalización 24 Horas

- Máximo plazo de tiempo entre la decisión de intervención quirúrgica y la cirugía programada :
 - Hasta 7 Días
 - Hasta Una programación por causa justa e imprevista.

- Tiempo mínimo asignado a la consulta :
 - Medicina General 1er Vez 20 Minutos
 - Medicina General Control 15 Minutos
 - Urgencias 30 Minutos

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
	PAMEC	PAGINA: 39

VI.10-CONTROL ASISTENCIA MÉDICA Y DEMAS SERVICIOS

Este proceso es aplicado en Consulta externa, a todos los profesionales, los cuales son responsables del tiempo dedicado y contratado por La ESE garantizando con calidad, calidez, oportunidad de la atención y eficacia en el acto profesional, teniendo el tiempo disponible para cada paciente que asiste al consultorio, manifestado en la satisfacción y confianza de los pacientes por el profesional.

Se crea un formato para recoger esta información, **CONTROL ASISTENCIA MEDICA Y DEMAS SERVICIOS** – Anexo No. 09, la que es llenada diariamente por cada profesional y el cual anexamos, y contiene las siguientes variables: Numero de horas diarias contratadas, hora entrada, salida, numero de consultas programadas y numero consultas realizadas y firma del profesional.

VI.11-AUDITORIA INTRAHOSPITALARIA

Dentro de las funciones de la Auditoria Medica se encuentra el evaluar los procesos intrahospitalarios, los cuales deben guardar los niveles máximos de calidad como son registros cumplan con los requisitos mínimos (Todos lleven nota de cargo), la evolución diaria de los pacientes por el personal medico y paramédico, los planes y conductas de manejo deben ser oportunas, eficientes y eficaces, cumpliendo con los protocolos o guías integrales, los tiempos de estancias de los pacientes deben ser acordes a su patología es decir no mantener hospitalizados pacientes crónicos que puedan ser tratados por consulta externa,, la solicitud de exámenes tanto de laboratorio Clínico como Imagenología en lo posible utilizar el medio logístico con que cuenta El Hospital, y todos los insumos que consume el paciente deben ser facturados.

Por lo anterior el Auditor medico deberá recoger esta información y realizando este trabajo de campo haciendo las observaciones pertinentes a los profesionales médicos si así lo requiere y estipulados en las Guías de atención y estándares preestablecidos con ellos.

Se aplicara el formato SEGUIMIENTO DE AUDITORIA AL TRATAMIENTO HOSPITALRIO (Control Tratamientos hospitalarios) Anexo No. 10.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 40

VI.12-AUDITORIA AL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS

Se realizara periódicamente la evaluación al cumplimiento del plan preventivo de mantenimiento de equipos de bioseguridad en La ESE.

Por lo anterior el Auditor medico deberá recoger esta información y realizando este trabajo de campo haciendo las observaciones pertinentes y anotando en el formato respectivo.

Se aplicara el formato AUDITORIA AL MANTENIMIENTO DE EQUIPOS (Control hospitalarios) Anexo No. 11.

VI.13- CREACION DE INDICADORES Y ESTANDARES DE CALIDAD

Se crearan indicadores si no los tiene El Hospital, Son la medida del desempeño de la productividad, costos, calidad, es una herramienta del mejoramiento de la calidad que se usa para vigilar esa calidad, para observar los comportamientos de la estructura, proceso y resultados importantes para la dirección, gestión del área clínica y de apoyo entre lo que tenemos:

Indicadores trazadores:

Oportunidad de la atención: $\frac{\text{Numero total días de espera}}{\text{Numero de pacientes que solicita cita}}$

Porcentaje de remisiones: $\frac{\text{No. de pacientes remitidos de una IPS a otra}}{\text{No. de egresos Hospitalarios en periodo}} \times 100$

N. Quejas recibidas: $\frac{\text{No. de quejas del servicio Ambulatorio + Hospital}}{\text{Promedio de paciente atendido mensual}}$

% Demanda no atendida por
Medico general u odontólogo: $\frac{\text{Total pacientes no atendidos en consulta}}{\text{Numero de pacientes que solicitan consulta}} \times 100$

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 41

Indicadores de Gestión:

Proporción de Remisiones : $\frac{\text{No. de remisiones realizadas en el mes}}{\text{No. de pacientes atendidas}} \times 100$

Concentración Consulta Medicina General : $\frac{\text{Total Consultas Medicina General}}{\text{Consultas 1 vez}}$

% de Pacientes Hospitalizados: $\frac{\text{No. Hospitalizaciones generadas x Urgencias en periodo}}{\text{No. total de atenciones realizadas en periodo}} \times 100$

% laboratorios normales: $\frac{\text{No. laborat.normales en periodo}}{\text{No. total laboratorios tomadas}} \times 100$

Igualmente se harán cumplir con los estándares de calidad de la Resolución 1446/06, y se realizara mecanismos para corregir su desviación.

VI.14- EVALUACION DE LA SATISFACCION AL USUARIO

Este proceso es uno de los mas importantes para La ESE por cuanto nos indica la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficacia, eficiencia y calidez de la atención en los servicios que han recibido y que oferta la IPS.

Por lo que se debe crear un conjunto de actividades necesarias para medir este grado de satisfacción, además que se debe cumplir con la circular Externa de la S.N.S. No. 09 de julio/96 y referente a la atención al usuario, tramite de quejas y peticiones.

El objetivo de este proceso es además:

- ✓ identificar las necesidades, expectativas, y deseos de los usuarios en relación con los servicios ofrecidos por la IPS e identificar sus prioridades.
- ✓ Conocer cual es el grado de calidad de los servicios recibidos, visto desde la perspectiva de los usuarios.

Mso

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 42

- ✓ Canalizar la información sobre aspectos que los usuarios perciben como críticos en la prestación de los servicios.
- ✓ Identificar aspectos críticos que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos.

Se evalúan todas las áreas comprometidas en el proceso de la atención en salud.

Su medición debe realizarla la oficina de atención al cliente de La ESE e informar al auditor medico para tomar correctivos.

Se deben realizar cronograma de actividades periódicas en un diagrama de Gant.

Se debe realizar esta medición cada 6 meses en el principio posteriormente cuando lo consideren necesario.

Se aplicara los siguientes instrumentos:

- ✓ Encuestas escritas de satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa, de Urgencias y de Hospitalización. Anexamos formato.
- ✓ Encuesta de los tiempo de estancia u oportunidad en la prestación de los servicios de Medicina General y Odontología, y laboratorio Clínico, anexamos formatos.
- ✓ Se explicar y se publicara en un lugar visible al publico el Flujograma de la tramitación de quejas y peticiones en el La ESE I, anexamos flujo grama.
- ✓ Se dará ha conocer el formato que se debe llenar para la tramitación de quejas y peticiones.

VI.15-EVALUACION DE COSTOS DE LOS CONSUMOS DE URGENCIAS

En este proceso se evalúa los costos generados por los profesionales médicos de Urgencias, los cuales se deben realizar controles de contención de costos por los altos costos que acarrean y que se desconocen por los profesionales, máxime cuando se tiene por evento o capitados estos servicios y deben arrojar utilidades.

Por lo que se crea un formato para recoger mensualmente esta información con su respectivo instructivo con el fin de garantizar una disponibilidad permanente a los insumos y determinar los costos generados por cada procedimiento efectuado en La ESE

Anexamos los Formatos:

REGISTRO C: Costos de insumo por procedimiento.

REGISTRO D : Elementos de consumo por profesional de urgencias.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 43

VI.16-ADITORIA DE CASOS ESPECIFICOS: PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE LAS QUEJAS POR PRESUNTA MALA PRACTICA EN EL HOSPITAL.

Quando se presenten casos relacionado con la atención de servicios en donde se involucre la parte técnico científica se deberá crear un comités Ad-Hod, el cual tendrá sus especificaciones particulares.

Con la divulgación de creación, organización y funcionamiento de los comités Ad-Hoc se define claramente una metodología , procedimiento como se evalúa la queja por presunta mala práctica.

Este Manual pretende orientar y dar definiciones referente con los procesos, contenido y procedimiento de los Comités Ad-Hoc.

A. Elementos principales del COMITE:

1. CON QUE FIN SE CREAN LOS COMITES AD-HOC ?

El fin primordial de estos organismos de asesoría y consulta obligatoria, es el estudio de casos relacionados con fallas en la Prestación de Servicios de Salud.

2. CUAL ES EL OBJETIVO DEL COMITE AD-HOC ?

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

3. QUIENES DEBEN INTEGRAR LOS COMITES ?

Los profesionales de la disciplina a evaluar en un número no inferior a tres (3) ni superior a siete (7).

4. POR QUIEN Y CUAL ES EL PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL COMITE?

El Auditor Medico del listado de MEDICOS O PROFESIONALES del HOSPITAL seleccionan al azar quienes conforman el Comité .

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 44

5. PORQUE RAZONES SE DEBE CONVOCAR EL COMITÉ ? Por Queja, inquietud científica, notoriedad pública o a solicitud de autoridad o funcionario competente.

6. CUAL ES LA BASE PARA QUE LOS COMITES PUEDAN EMITIR UN CONCEPTO ?

La base principal es la Historia Clínica y demás documentos referentes al proceso de atención, la revisión de la normas técnico - Científicas pertinentes para el caso en estudio.

Las conductas que a la luz de los conocimientos científicos vigentes se consideren indicados para cada caso.

7. COMO DEBEN SER EMITIDOS LOS CONCEPTOS DE LOS COMITES AD - HOC ?

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

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

1. Recepción y análisis de la queja .

Cuando la queja es recepcionada se deberá tener en cuenta la fecha de recibo o reclamación de ésta :

- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación.
- Aspecto o tema principal que motivó la queja.

2. Apertura de expediente.

Todo caso que se considere debe ser llevado a Comité Ad - Hoc se le abrirá su respectivo expediente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha del conocimiento del caso.

Soportes que debe contener el expediente:

- Copia de la queja o solicitud de instancia competente.
- Copia de la Historia Clínica, exámenes, paraclínicos pertinentes.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 45

- Estudios radiológicos o de imagenología, y toda información adicional que de acuerdo al caso documente de forma adecuada el proceso de atención (biopsias, valoraciones recientes, necropsias etc).
- Resumen Historia Clínica
- Oficios donde se deja constancia de los requerimientos y seguimientos al caso.

3. Convocatoria y preparación del comité.

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

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

- Análisis de la queja o solicitud identificando las fallas que se imputan a los profesionales o la Institución.
- Verificación de la documentación correlacionando los hechos manifestados en la queja con los distintos documentos allegados, al expediente de forma que se garantice los suficientes elementos para el análisis del caso, Historia Clínica, Rx, Necropsia etc.
- Debe documentarse sobre la patología del caso a analizar.
- Elaboración de un cuestionario el cual debe estar orientado a resolver las inquietudes del quejoso o de la instancia solicitante y los vacíos o aclaraciones que el grupo de calidad consideren necesarios para descartar o notificar omisión, impericia o negligencia en el proceso de atención.

4. Como se debe realizar el comité

- Se debe elegir un presidente
- El delegado de la oficina de Auditoria medica del Hospital, actuará como secretario, cumpliendo las funciones determinadas del Comités Ad - Hoc.
- Se lee la queja o solicitud.
- Se lee la Historia Clínica (no el resumen) del periodo donde se encuentra el proceso de atención, incluyendo notas de enfermería y demás registros.
- Se procede al análisis de la información en la cual se aclare categóricamente si en algún momento se puso un riesgo innecesario al paciente, a los profesionales o a la Institución.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 46

- Se debe dar respuesta a las inquietudes del quejoso del solicitante y de quien lo haya solicitado.

De acuerdo con el análisis de la información encontrada los conceptos se deben emitir teniendo en cuenta las indicaciones de la Superintendencia nacional de Salud así :

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

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

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

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

Elaboración del acta del comité Ad - Hoc : La Oficina del Auditor Medico del hospital debe contar con una carpeta para las actas, y un libro de actas de los Comités debidamente foliado en el cual se registre el acta del comité y se firme por los que intervinieron.

NOTA : El acta se debe elaborar de acuerdo a los formatos anexos al presente documento

- **Custodia :**
Es responsabilidad del Auditor Medico del hospital o su delegado quién actuará como secretario del Comité Ad - Hoc, velar por la debida custodia de los expedientes de los casos por presunta mala práctica.
- **Normas de Seguridad :**
 - a) Los expedientes deben estar en muebles bajo llave.
 - b) Los resultados del Comité debe enviarse por correo certificado confidencial.
 - c) El Auditor Medico del hospital o su delegado son las personas autorizadas para informar sobre el estado del caso que se requiera.
 - d) Solamente el Gerente del Hospital. puede entregar copia de los resultados del Comité, previa solicitud escrita del quejoso o instancia competente.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA PAGINA: 47

• **Trámite :**

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

- a) Por responsabilidad institucional al gerente de la respectiva I.P.S. y Auditoría Interna.
- b) Por falla profesional a auditoria disciplinaria.
- c) Concepto inhibitorio a la auditoria disciplinaria.
- d) Las recomendaciones generales a las instancias responsables de tomar decisiones.
- e) Conceptos desfavorables en instituciones a contratar, enviar a las oficinas Jurídica y a contratación.
- f) Se debe dar respuesta al quejoso y a todas las instancias que solicitaron evaluación o que tienen que conocer los resultados del caso.
- g) Cuando el concepto se desarrolle se informará al quejoso de lo actuado para que situaciones similares de este tipo no se repitan.

* **Seguimiento :**

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

Manejo de la Información en la Base de Datos.

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

Consideraciones Generales.

Toda queja, inquietud científica, caso de notoriedad pública o solicitud de autoridad o funcionario competente presentada ante las dependencias de calidad, debe ser tramitada inmediatamente dando respuesta de lo actuado en las primeras 24 horas ; indicando la dependencia que asume el caso y el teléfono donde será informado en avances y resultados.

ANEXO

Oficio de notificación para los funcionarios que conforman el Comité Ad - Hoc, acta evaluación Comité Ad - Hoc.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 48

Villavieja - HUILA, xxxxxx xx de 2. 0xx

Doctores
I.P.S. XXXXX

Atentamente le notifico que han sido seleccionados para conformar el Comité Ad - Hoc, en el cual se analizará el proceso de atención brindado a un usuario de salud de La ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO Villavieja.

El Comité Ad - Hoc se realizara el día : 26 de ABRIL de 2007 en _____ de conformidad con la norma legal vigente del SGSSS, su participación es obligatorio e indelegable.

Al respecto me permito informarle que se solicita realizar una evaluación integral sobre la calidad de la atención y en especial se conceptuará sobre los siguientes aspectos :

- Oportunidad, integralidad, continuidad y racionalidad lógico científica.
- Correlación entre la sintomatología del paciente y el tratamiento impuesto.
- Suficiencia de las ayudas oportunamente utilizadas por La UAE para determinar el plan de tratamiento a seguir en este caso.
- Pertinencia de los procedimientos realizados al paciente, y si se presentaron complicaciones, que manejo se dio a las mismas.
- Razón por la cual se dio de alta al paciente.
- Suficiencia de la información dada al paciente y a su familia, sobre la patología y el tratamiento instaurado.

Para el efecto se solicita que el comité se pronuncie con un dictamen de Auditoría Médica. Las historias clínicas podrán consultarse en la -----.

Agradeciendo su asistencia.

Cordialmente,

El notificado,

Se debe enviar copia a cada uno de los notificados.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 49

FORMATO DE EVALUACION DE ACTAS COMITÉ AD - HOC

ACTA COMITÉ AD - HOC N° _____

En _____ a los _____ días del mes _____ de 2.00
_____. A solicitud de la Oficina de Auditoria Medica de La ESE PERPETUO SOCORRO
de Villavieja _____ se hicieron presentes en
_____ doctores : _____,
_____, _____, _____. Con el fin de realizar
Comité Ad - Hoc para analizar el proceso de atención A :
PACIENTE : _____
N° DE IDENTIFICACIÓN O AFILIACION: _____

Constituidos en Comité el funcionario de la Oficina de Auditoria Medica de la ESE las
advirtió sobre el contenido de la normatividad al respecto (SGSSSC), sobre la
obligatoriedad y precisión de las deliberaciones y conclusiones y de la obligación de
designar conforme lo indica la norma.

Presidente del Comité.

Cuya designación recae en el doctor _____

Para el análisis se tuvieron en cuenta :

A : Destinatario

Jefe Oficina de Auditoria Medica de La ESE de Villavieja, a solicitud de

**B : Descripción del Problema :
Resumen de la queja**

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 50

RESUMEN HISTORIA CLINICA

C : Análisis de la información.

D : Concepto.

Porque

E : Recomendaciones.

F : Original firmado en el libro de actas, folios _____ y por :

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 51

VI.17-RESULTADOS DE LOS COMITES DE VEEDURÍA.

El auditor medico de La ESE de Villavieja realizara la evaluación mensualmente los resultados arrojados en la Reunión de la asociación de usuarios, para llevar un seguimiento y control de la calidad de los servicios prestados por La ESE de Villavieja; se coordinara con la Oficina de atención al usuario estas reuniones y sus resultados para apoyar esta gestión, se llevara una monitoria mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que la ESE este cumpliendo con estos estándares; En caso de detectar que no se cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento de la Directora de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, **El indicador** que se llevara mensualmente será:

- No. de reuniones mensuales de la Asociación de usuario: mínimo 1 vez al mes.
- No. de tareas planteadas en las reuniones y plasmadas en las actas del asociación de usuarios será del 100% (No se puede dejar de gestionar y realizar las tareas pendientes).

VI.18-EXTENSIÓN DE USO.

El auditor medico del hospital realizara la evaluación mensualmente de la proporción de usuarios que usan un servicio ofertado por la ESE durante el mes, se llevara una monitoria mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que El Hospital este cumpliendo con estos estándares; En caso de detectar que no se cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento del Directora de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, **El indicador** que se llevara mensualmente será:

- Consulta de medicina General: $\frac{\text{No. de Consultas}}{\text{Población objeto}} \times 100$

EL PARÁMETRO DEBE DESER DE 30%.

- Consulta de Odontología General: $\frac{\text{No. de Consultas}}{\text{Población objeto}} \times 100$

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 52

Población objeto

EL PARÁMETRO DEBE DESER DE 12%.

Estos parámetros se ajustaran a los comportamientos del perfil epidemiológico.

VI.19- INTENSIDAD DE USO.

El auditor medico de la ESE realizara la evaluación mensualmente del numero promedio de servicios recibidos por cada usuario durante el mes, se llevara una monitoria mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que la ESE este cumpliendo con estos estándares; En caso de detectar que no se cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento de la Directora de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, **El indicador** que se llevara mensualmente será:

- Consulta de medicina General: $\frac{\text{No. total de Consultas asignadas}}{\text{No. total de consultantes}} \times 100$

EL PARÁMETRO DEBE DE SER DE 1 BUENO

- MENOR DE 1: Demanda insatisfecha.

Consultas medicas: $\frac{\text{No. total de Consultas efectivas}}{\text{No. total de consultantes}} \times 100$

EL PARÁMETRO DEBE DE SER DE 1 BUENO

- MULTIPLICADO POR 100 = Porcentaje de insatisfacción.

- Consulta Odontología: $\frac{\text{No. total de Consultas asignadas}}{\text{No. total de consultantes Odontología}} \times 100$

EL PARÁMETRO DEBE DE SER DE 1 BUENO

- MENOR DE 1: Demanda insatisfecha.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 53

- Hospitalización: $\frac{\text{días de cama ocupada}}{\text{Egresos}} \times 100$

Mide el promedio de estancia Hospitalaria que no debe ser mayor de 3.

VI. 20-PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO

El auditor medico de la ESE realizara la evaluación mensualmente del numero de servicios o actividades producidas por cada profesional evaluado durante el mes, se llevara una monitoria mediante la aplicación de indicadores, para garantizar que El Hospital este cumpliendo con estos estándares; En caso de detectar que no se cumple con las condiciones, pondrá esta situación en conocimiento de la Directora de la ESE para que se realice en el menor tiempo posible su corrección.

Una vez realizada la verificación el auditor deberá presentar un informe del resultado obtenido, y se presentara en el formato No. 06, **El indicador** que se llevara mensualmente será:

Se evaluara el promedio de actividades realizadas por hora.

- Consultorio medico: $\frac{\text{No. total de Consultas realizadas}}{\text{horas contratadas para la consulta}} \times 100$

EL PARÁMETRO DEBE DE SER DE 3 BUENO

- Consultorio Odontológico: $\frac{\text{No. total de Consultas realizadas}}{\text{horas contratadas}} \times 100$

EL PARÁMETRO DEBE DE SER DE 3 BUENO

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 54

VI.21- CALIDAD DE LOS PROCESOS:

INDICADORES

Es la medida del desempeño de la productividad, costos, calidad ; es una herramienta del mejoramiento de la calidad que se usa para vigilar esa calidad, para observar los comportamientos de la estructura, proceso y resultados importantes para la dirección, gestión del área clínica y de apoyo.

8.1 Indicadores Trazadores.

1. OPORTUNIDAD DE LA ATENCION MEDICA GENERAL:

Se entiende por oportunidad de la atención medica general, el lapso de tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita para la consulta medica general y la realización efectiva de la prestación de la misma. Obténgase de la siguiente manera:

1. Elija al azar un día del mes.
2. Del control o planilla de citas obtenga la siguiente información:

a) Total de pacientes que solicitaron cita el día seleccionado (**A**).

b) **Obtenga** para cada uno de los pacientes que solicitaron cita los días espera entre el día de la cita y la fecha de la consulta, por ejemplo:

Si el día escogido es el tres (3) de julio y al paciente le asignaron cita para el siete (7) de julio, entonces los días de espera son cuatro(4) días.

c) Sume el total de días de espera.(**B**).

d)Obtenga el promedio de espera en la cita así:

Oportunidad de la atención = $\frac{\text{No. total de días de espera}(\mathbf{B})}{\text{No. pacientes que solicitaron cita } (\mathbf{A})}$

No. pacientes que solicitaron cita (**A**)

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 55

2. OPORTUNIDAD DE LA ATENCION EN SALUD ORAL:

Se obtiene de la misma forma que la oportunidad de la atención medica general.

3. OPORTUNIDAD QUIRURGICA:

Es el tiempo transcurrido entre la solicitud médica para el procedimiento quirúrgico y la realización efectiva del procedimiento quirúrgico programada durante el periodo. Obténgase el dato de la oficina de programación de cirugías y proceda así:

1. Selecciones todos los pacientes a quienes se les programo cirugía en el mes correspondiente.
2. Compare dichas programaciones con la fecha en la cual se realizo la cirugía y sume los periodos de espera de cada uno de estos pacientes.
3. Tome el numero total de días de espera obtenido en el numeral 2, dividido en el numero de pacientes a los cuales se les programo cirugía (numeral 1.).

Oportunidad Quirúrgica = $\frac{\text{No. total de días de espera}}{\text{No. pacientes que se les programo cirugía}}$

4. PORCENTAJE DE REMISIONES =

$\frac{\text{No. de pacientes remitidos de una I.P.S. a Nivel a otra Superior durante el periodo X}}{100}$
 No. de egresos hospitalarios de afiliados en el periodo

5. NUMERO QUEJAS RECIBIDAS :

Número de quejas y reclamos presentados por los usuarios en los servicios ambulatorios (Consulta Externa y Urgencias) y servicios hospitalarios dividido promedio de afiliados mensuales.

No. Quejas recibidas = $\frac{\text{No. quejas en serv. Ambulatorios y hospitalarios}}{\text{Promedio de afiliados mensuales}}$

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 56

- Por cada servicio debe anotarse el Número de egresos. La información debe extraerse de la relación de pacientes Hospitalizados (Estadística)
- Para obtener el promedio de estancia, por egreso/servicio proceda de la siguiente manera: sume el total de días de estancia que tuvieron los egresos en el servicio o en el mes y divídalo entre el número de egresos de dicho servicio. La fuente es la relación de pacientes Hospitalizados (Estadística)
- Para obtener el costo por egreso tome la información por servicios, del valor relacionado en la cuenta de cobro y divídalo entre el número de egresos. Coloque este resultado para cada uno de los servicios.
- El cuadro debe llegar con el nombre de la persona que lo diligencio

6. PORCENTAJE DE DEMANDA NO ATENDIDA POR MÉDICO GENERAL.

RELACIÓN OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
$\frac{\text{total pacientes no atendidos en Consulta Externa Médico Gral X 100}}{\text{Número de pacientes que solicitaron consulta por Médico Gral.}}$	Demanda no atendida RIPS 1 + Demanda no atendida	Mensual	Deseable no debe ser menor o igual a 5% ni mayor al 10 %

7. PORCENTAJE DE DEMANDA NO ATENDIDA POR ODONTOLOGIA

RELACIÓN OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
$\frac{\text{Total pacientes no atendidos en consulta externa de Odontología}}{\text{Numero de Pacientes que solicitaron consulta por Odontología}}$	Demanda no atendida RIPS 1 + Registro demanda no atendida.	Mensual	No debe ser menor o igual a 5 o 10 %, mas del 10 % es recurso ocioso

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 57

8. 2. Algunos Indicadores de Gestión

Además de los indicadores anteriormente enunciados se deberá aplicar entre otros los siguientes indicadores de gestión de manera periódica, y reportar la información mensualmente.

1. PROPORCION CESAREAS:

Corresponde al número de cesáreas realizadas durante el mes en el hospital dividido por No. de partos atendidos más el No. de cesáreas X 100. pero para la ESE DE VILLAVIEJA no se aplicara.

$$\text{Proporción Cesáreas} = \frac{\text{No. cesáreas realizadas en el mes} \times 100}{\text{No. partos atendidos} + \text{No. cesáreas}}$$

2. CONCENTRACION CONSULTA MEDICO GENERAL :.

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
Total consultas medico general Consultas de primera vez	RIPS	Mensual	Deseable Menor o igual a dos .

3. RENDIMIENTO CONSULTA MÉDICO GENERAL.

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
Total consulta por medico Gral. Número de horas laboradas en consulta	RIPS	Mensual	Aceptable 3.5 Satisfactorio 3

4. RENDIMIENTO POR CONSULTA DE ODONTOLOGIA.

57"EN VILLAVIEJA, SALUD CON CALIDAD PARA TODOS"

Carrera 3ª.No. 3-17 Telefax 8 797641 – 8 797542 E-mail ESEVILLAVIEJA@YAHOO.ES

M66

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 58

RELACION OPERATIVA	FUENTE	PERIODICIDAD	ESTANDAR
Total consulta Odontologica Numero de horas laboradas en consulta	RIPS	Mensual	Deseable 1a vez : 3 Controles 4 por hora.

5. CONSULTA EXTERNA :

No. de consultas por hora trabajadas = $\frac{\text{No. total de consultas realizadas en el periodo}}{\text{trabajadas}}$

No. de horas profesional trabajadas
en el periodo

No. de consultas por hora contratadas = $\frac{\text{No. total de consultas realizadas en el periodo}}{\text{No. de horas profesional contratadas}}$

No. de horas profesional contratadas
en el periodo

6. URGENCIAS :

-Tiempo promedio de permanencia en urgencias =

$\frac{\text{No. total de horas permanencia en urgencias en el periodo} \times 100}{\text{No. de pacientes en observación en el periodo}}$

-% de pacientes Hospitalizados =

$\frac{\text{No. de hospitalizaciones generadas por urgencias en el periodo} \times 100}{\text{No. total de atenciones realizadas en el periodo}}$

7. SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 59

- **Laboratorio Clínico :** No. de exámenes procesados = No. de Exámenes procesados en el período.

No. de exámenes realizados por hora contratada = $\frac{\text{No. de exámenes realizados en el periodo}}{\text{No. de horas contratadas en el periodo}}$

No. de horas contratadas en el periodo

-Ordenes no atendidas en un periodo determinado =

$\frac{\text{No. total de exámenes que esperan más de n horas para el procesamiento X100}}{\text{No total de exámenes que se procesan en el periodo}}$

- **Imagenología :**

-% Placas repetidas = $\frac{\text{No. placas repetidas por error en técnica en el período X100}}{\text{No. total de placas tomadas en el período}}$

-No. promedio de placas por paciente = $\frac{\text{No. de placas tomadas en el período}}{\text{No. pacientes atendidos en el período}}$

-No. de placas tomadas por horas contratadas =

$\frac{\text{No. de placas tomadas por la categoría de función en el periodo}}{\text{No de horas contratadas para la categoría en el periodo}}$

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 60

V.I. 22- AUDITORIA ODONTOLÓGICA

I. AUDITORIA DE LA HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

MARCO LEGAL:

En el artículo I del capítulo de la declaración de principios de la ley 35 de marzo de 1989, sobre ética del odontólogo considera a éste como un servidor de la sociedad que debe las exigencias que se derivan de la naturaleza y la dignidad humana, así mismo en el artículo 25 de la mencionada ley habla de que “el odontólogo deberá abrir y conservar adecuadamente la historia clínica de sus pacientes de acuerdo a los cánones científicos”.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica odontológica ambulatoria y verificar la calidad de los procesos contenidos en la misma, con la finalidad de constatar los procedimientos realizados al usuario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el grado de cumplimiento de los criterios administrativos y clínicos según las pautas contractuales estipuladas entre el prestador y La Secretaria de salud.
- identificar los aspectos críticos que inciden en el buen diligenciamiento de la Historia clínica.
- Evaluar la entidad de la prestación odontológica.
- Definir acciones que permitan mejorar la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica y establecer parámetros de evaluación.

METODOLOGÍA

60“EN VILLAVIEJA, SALUD CON CALIDAD PARA TODOS”

Carrera 3ª.No. 3-17 Telefax 8 797641 – 8 797542 E-mail **ESEVILLAVIEJA@YAHOO.ES**

M
69

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 61

Se hará mediante un estudio del proceso, mediante la revisión de la información consignada y los criterios clínicos y administrativos sobre los contenidos de la historia clínica.

- Definir el Universo.
- Seleccionar una muestra representativa del total.
- Seleccionar una muestra por profesional.
- Seleccionar una muestra aleatoria de registro diario de atención.
- Recolección de la información.
- Elaborar instrumentos de evaluación con sus instructivos.
- Herramientas de análisis de la información.
- Presentación de resultados.
- Procedimientos de retroalimentación con la Institución y la Secretaría.
- Periodicidad de la evaluación.
- Marco de responsabilidad de las tareas realizadas.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 62

EVALUACIÓN DE CONTENIDOS BÁSICOS DE INFORMACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA

IDENTIFICACION:

Debe contener nombre completo, No de afiliación, dirección de residencia, teléfono, departamento municipio, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección de la empresa y el teléfono.

ANTECEDENTES:

Debe contener los elementos básicos que guían al odontólogo sobre la salud oral del paciente y sus hábitos de higiene oral.

EXAMEN:

Contiene los datos que determinan el estado de higiene oral del paciente; se determina con base en la cantidad de placa blanda y de placa calcificada que presentan las superficies predeterminadas.

PLAN DE ACTIVIDADES: de acuerdo con la dosificación del riesgo, se evaluará el plan de actividades correspondiente.

ACTIVIDADES REALIZADAS: debe contener fecha, procedimientos realizados, nombre del auxiliar que ofrece la atención.

TRATAMIENTO:

- Antecedentes médicos: enfermedades, alergias.
- Hábitos orales nocivos: hábitos que afecten la salud oral del paciente.
- Examen estomatológico: Signos y síntomas de cada una de las estructuras.

71

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 63

Labio superior, inferior, mucosa oral y las alternativas periodontales, prevalencia de caries.

ORDENES DE SERVICIOS: Apoyo diagnóstico y la complementación terapéutica, con el registro del año, mes y día.

PLAN DE TRATAMIENTO Y NUMERO DE SESIONES: Deberán constar las prioridades del tratamiento asignado.

IDENTIFICACION DEL ODONTOLOGO: Deberán estar consignados los datos relativos al profesional que diligencia la historia clínica, con firma y sello.

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO: Deberá estar consignado el desarrollo del plan del tratamiento. Si existen interferencias, deberán señalar con fecha y la causa.

DESCRIPCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EJECUTADOS: Registrar fecha de la atención brindada, definiendo estructuras y descripción concreta de los procedimientos.

ATENCION DE URGENCIA: identificación, Motivo de consulta, Antecedentes médicos Diagnóstico, Procedimientos terapéuticos y órdenes de servicio:

- identificación de historia Clínica.
- Código y firma del odontólogo
- Identificación del odontólogo
- Longibilidad
- Motivo de consulta
- Antecedentes médicos
- Examen estomatológico

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 64

- Examen periodontal
- Examen dental
- Servicios de apoyo
- Ordenes de servicio
- Diagnósticos
- Plan de acción
- Número de sesiones
- Secuencia de Tratamiento
- Descripción de tratamientos efectuados.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 65

EVALUACION DE LA CONTINUIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Instrumento: El instrumento de recolección de información para evaluar la continuidad de los tratamientos odontológicos en las áreas de Operatoria, Endodoncia y Periodoncia consta de tres partes:

A) Encabezamiento:

- Identificación de la entidad.
- Periodo a evaluar.
- Relación oferta – demanda.

Nominal: # de horas odontológicas con que cuenta la planta de personal correspondiente, sobre la población total asignada.

Real: # de horas odontológicas laboradas, sobre población asignada

8) Cuerpo del Formulario:

Consta de 11 columnas:

Columna No 1: # de Historia Clínica.

Columna No 2: # Fecha de terminación del tratamiento.

Columna No 3: # Dientes cariados al inicio del tratamiento.

Columna No 4: # Dientes Obturados definitivamente.

Columna No 5: Promedio de sesiones por diente Obturado: # de sesiones por diente obturado dividido por el número de dientes obturados definitivamente.

Columna No 6: Promedio de días de intervalo entre sesiones.

Causa de no atención:

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 66

Columna 7: # de sesiones suspendidas por deficiencia de suministro.

Columna 8: # de sesiones suspendidas por falla de mantenimiento en los equipos.

Columna 9: # de sesiones suspendidas por falla en los servicios(Falta de agua, luz etc.)

Columna 10: # de sesiones suspendidas por Incumplimiento del paciente.

Columna 11: Se consigna si el paciente desertó definitivamente (Ausencia de 6 meses).

Indicadores: # tratamientos terminados x 100

Tratamientos Iniciados

Total de dientes obturados x 100

Total de dientes cariados

Total de sesiones por diente obturados

Total de dientes obturados

de tratamientos terminados x 100

de tratamientos iniciados

Total de conductos obturados x 100

total de conductos por obturar.

475

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 68

Dotación mínima de una unidad odontológica:

- Sillón odontológico.
- Lámpara de luz halógena de doble intensidad.
- Módulo con bandeja.
- Silla odontólogo.
- Silla auxiliar
- Escupidera.
- Eyector.
- Piezas de alta y baja velocidad.
- Scaler o cavitron.
- Esterilizador.
- Lámpara de fotocurado.
- Amalgamador.

Estándar de calidad: Mínimo un consultorio por cada 13 pacientes día de seis metros cuadrados.

ATENCIÓN BASICA ODONTOLOGICA(Baja complejidad)

1) Higiene oral: Realizada por la higienista.

Fase 1: Promoción . control de placa – profilaxis.

Fase 2: Aplicación de sellantes y flúor.

2) Odontólogo:

Operatoria: obturación con materiales definitivos

Endodoncia: unirradiculares

M77

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 69

Periodoncia: curetaje y detartraje

Cirugía: exodoncia simple

MEDIANA COMPLEJIDAD:

- Ortodoncia
- Endodoncia: Birradiculares y multirradiculares
- Periodoncia: Cirugías a campo abierto, aislado radicular.

ALTA COMPLEJIDAD:

- Cirugía máxilofacial
- Rehabilitación

INDICADORES DE CALIDAD EN ODONTOLOGIA

Existen tres conceptos de evaluación de servicios:

- Productividad
- Rendimiento
- Utilización

Utilización x rendimiento Productividad = Productividad

P = Servicio o actividad realizada

RU = Recurso utilizado

RD = Recurso disponible.

Rendimiento actividad realizada (P)

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 70

Recurso utilizado(RU)

Productividad actividad realizada(P)

Recurso disponible(RD)

Extensión de Uso: Es la proporción de la población que usa el servicio odontológico en un período de tiempo determinado.

Indicadores de extensión de uso:

de consultas por primera vez x 1000

total de la población asignada

de consultas de beneficiarios x 1000

total de la población.

de consultas de afiliados x 1000

de la población asignada

de consultas de afiliados de la 3ª edad x 1000

de la población asignada

la información que suministra el estudio de la extensión, se refiere a la proporción de la población asignada a la que el contratista logra prestar atención en un periodo de tiempo determinado. Las tasas altas de la extensión de uso no siempre significan buen

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 71

desempeño, sin embargo éste es un buen indicador de evaluación, porque tasas bajas indican la existencia de problemas.

Utilización: Es la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad o un servicio por unidad de tiempo, - Es la fracción del recurso disponible que se utiliza realmente.

Indicadores:

de horas odontólogo trabajadas

de horas contratadas en un período de tiempo

de horas equipo odontológico utilizadas

de horas equipo odontológico disponibles

de consultas

de horas trabajadas

AUDITORIA DE FACTURACION EN ODONTOLOGÍA

Es el procedimiento y análisis de cotejo de la documentación concerniente a los procesos de atención a usuario, realizada por los auditores odontológicos, en la cual se toman en cuenta la concordancia y la pertinencia entre las prestaciones realizadas y las facturadas.

Objetivo General: Realizar la evaluación mediante procedimientos de auditoria odontológica de las prestaciones realizadas.-

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 72

Objetivos específicos:

- Identificar la contratación de prestación de servicios de odontología
- Identificar las tarifas establecidas por los diferentes contratos
- Identificar los tipos de servicios contratados
- Identificar copagos y cuotas moderadoras
- Identificar los servicios no cubiertos en el contrato y que el usuario debe pagar

Metodología:

- Revisión de contratos de servicios
- Revisión de facturación
- Definir el universo
- Definir la muestra
- Selección de la muestra en forma aleatoria
- Revisión de soportes y documentos
- Análisis de la información recolectada
- Presentación de resultados
- Retroalimentación
- Periodicidad
- Responsabilidad

Indicadores:

- Total facturado vs. Costos del área = rentabilidad
- %de facturas devueltas

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 73

- %de subregistro de facturación
- % de sobre registro de facturación

AUDITORIA ODONTOLÓGICA EN ACTIVIDADES DE PREVENCION Y EDUCACIÓN

- Manejo de Historia Clínica Preventiva
- Realización de control de placa
- Motivación y enseñanza de cepillado y uso de seda dental.
- Clasificación de riesgos definidos como la severidad de la infección oral, con la finalidad de que el usuario se presente periódicamente a tratamiento
- Se evaluará el logro de los objetivos en cuanto a disminución del índice de placa.(índice de placa Geeu y Vermillan)

AUDITORÍA DE OPERATORIA: Consiste en la restauración de dientes cariados y el cambio de obturaciones defectuosas.-

La evaluación de la calidad técnica incluye:

- Tipos de materiales
- Calidad del material
- Calidad Técnica clínica
- Adaptación del material
- Contorno y anatomía funcional
- Puntos de contactos oclusales e ínter proximales
- Estética de la restauración
- Terminación (pulido y brillo)

M82

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 74

AUDITORIA DE PERIODONC1A: Consiste en mantenimiento do los tejidos de soporte sanos evitando la Inflamación y la Infección.

- Eliminación de cálculos
- Eliminación de Inflamación, de sangrado y supuración de la encía
- Evaluación del color, contorno y textura gingival
- Evaluación del grado de morbilidad y compromiso de furca

AUDITORIA DE ENDODONC1A: Consiste en el tratamiento de conductos radiculares, eliminando las Infecciones que afectan el tejido pulpar.

- Evaluación de la técnica radiográfica
- Evaluación del proceso de revelado
- Condensación en términos de amplitud y longitud de la obturación del conducto
- Valoración de las anotaciones clínicas con respecto a Endodoncia con deficiencias
- Evaluación técnica que incluye tipos de material utilizado y calidad del mismo

AUDITORIA DE EXODONCIA SIMPLE: Es la extracción del diente; se evaluarán los siguientes aspectos:

- Radiografía pre y post-quirúrgica
- Proceso de revelado de radiografía
- Evaluar la técnica utilizada

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 75

AUDITORIA DE INTERCONSULTA Y REMISIONES:

- Utilización de papelería adecuada
- Diligenciamiento adecuado
- Letra legible
- Direccionamiento adecuado del paciente
- Identificación de la red

AUDITORIA DEL PROCESO DE ESTERILIZACION: Se analizarán los siguientes parámetros:

- Método empleado para esterilización
- Proceso de esterilización
- Tiempos de esterilización de acuerdo al material
- Fecha de vencimiento de acuerdo al material esterilizado
- Sitio asignado para la esterilización
- Verificación de la disponibilidad de material estéril existente y fecha
- Verificar la disponibilidad de tiempo para esterilizar material
- Aseo terminal de las unidades

AUDITORIA DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS:

- Método adecuado a las necesidades de la Institución
- Fase de identificación con asignación de código a la historia
- Manejo del archivo y proceso de solicitud de historias
- Integralidad de la Historia: Médico — odontológica en donde sea posible realizarla
- Verificar porcentaje de historias clínicas perdidas
- Verificar porcentaje de historias clínicas sin registros completos

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 76

- Verificar porcentajes de historias clínicas deterioradas

AUDITORIA DE LA ASIGNACION DE CITAS

- Evaluar tiempos de adjudicación de citas
- Evaluar el recurso técnico adecuado
- Central de citas
- Perfil del personal que asigna las citas
- Tiempos de espera en la atención programada
- Tiempos de espera en la atención de urgencias
- Tiempos de espera para la atención especializada
- Tiempos de espera para la atención por Higiene oral
- Porcentaje de cancelación de citas
- Motivo de cancelación de citas

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 77

VII- EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Es la mejoría de las condiciones de los pacientes al término de la atención, el cumplimiento de tratamientos de determinadas patologías, las complicaciones que se presentan en la atención, así como la satisfacción del usuario y del proveedor.

Le evaluarán las siguientes indicadores de la ESE:

1. SATISFACCIÓN AL USUARIO
2. EFICACIA.
3. COBERTURA.

VII. A-SATISFACCIÓN AL USUARIO:

Es la investigación de la interacción entre el usuario y el proveedor de los servicios es decir de la ESE.

Se aplicarán para su evaluación :

- a) Encuestas de satisfacción al usuario de consulta externa
- b) Encuestas de satisfacción al usuario de Urgencias.
- c) Encuestas de satisfacción al usuario Hospitalizado.
- d) Encuestas de satisfacción al usuario de sala de partos.

Indicadores:

Índice de satisfacción: $\frac{\text{No. de encuestas buenas}}{\text{No. encuestas totales}} \times 100$

Bueno: mas del 75% de las preguntas buenas

Malo: Menor de 75%.

Índice de Insatisfacción: $\frac{\text{No. de encuestas malas}}{\text{No. encuestas totales}} \times 100$

Bueno: Menor de 25%.

Malo. Mayor del 25%

Consolidado de quejas y reclamos:

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 78

Se recogerá esta información en formato de quejas y reclamos, y se aplicara el indicador de:

Porcentaje de Quejas: $\frac{\text{No. de quejas por servicio}}{\text{No. usuarios atendido por servicio}} \times 100$

Parámetro: menor de 1% es bueno.

VII.B- EFICACIA:

Es el logro de los objetivos del servicio sobre los usuarios de este; se aplicaran los siguientes indicadores:

Consulta externa: $\frac{\text{No. de defunciones}}{\text{No. Pacientes tratados}}$

Odontología General: $\frac{\text{No. de Tratamient. Odontolog. Terminados}}{\text{No. tratamientos iniciados}} \times 100$

Hospitalización: $\frac{\text{No. de defunciones}}{\text{No. Pacientes tratados}}$

Hospitalización: $\frac{\text{No. de pacientes infectados}}{\text{No. Pacientes tratados}}$

Hospitalización: $\frac{\text{No. de pacientes con complicaciones}}{\text{No. Pacientes tratados}}$

VII.C- COBERTURA:

Este indicador corresponde a la proporción de personas con necesidades de servicios de salud que recibe atención para tales necesidades, indica que el servicio esta llegando a la población que realmente lo necesita.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 79

Se aplican los siguientes indicadores.

Atención Médica: No. personas atendidas
 No. personas que solicitan atención

Medicamentos: No. medicamentos entregados
 No. medicamentos formulados

Odontología : No. personas atendidas
 No. personas con patología oral que solicitan atención

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
	PAMEC	PAGINA: 80

VIII- EVALUACIÓN DE IMPACTO

IMPACTO: Es el cambio en el estado de salud de la comunidad, atribuibles a la atención recibida. Se mide los beneficios en los usuarios de la atención recibida y a medir los cambios en el estado de salud de la población.

Se mide las modificaciones que se encuentran en la mortalidad, morbilidad y la incapacidad en la comunidad, como resultado de los servicios de salud que hayan prestado.

Le evaluarán las siguientes áreas:

- 1-EFECTIVIDAD
- 2-EFICIENCIA.

VIII.1- EFECTIVIDAD:

Es el resultado de las acciones de salud, sobre la población objeto de lo mismo. Estos indicadores de efectividad son los mismos indicadores de necesidad, ya que entre mas efectivos hayan sido los programas y acciones, menores serán las necesidades.

Se manejan los siguientes indicadores:

- a) Tasa de mortalidad general:

$$\frac{\text{Total de muertes registradas en el área en el semestre}}{\text{Población total existente a mitad del semestre}} \times 1000$$

- b) Tasa de mortalidad hospitalaria:

$$\frac{\text{Total de muertes hospitalarias}}{\text{Total de personas hospitalizadas en el mismo periodo}} \times 100$$

1389

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 81

c) Tasa de mortalidad quirúrgica:

$$\frac{\text{Numero de muertes al año por cirugía}}{\text{Total de personas a quienes se realizó cirugía en el mismo periodo}} \times 100$$

d) Tasa de infecciones nosocomiales por procedimientos quirúrgicos (No aplicaría):

$$\frac{\text{Numero de pacientes con infecciones adquiridas intrahospitalariamente en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en el semestre}}{\text{Total de personas a quienes se realizó cirugía en el mismo periodo}} \times 100$$

e) Tasa de infecciones nosocomiales intrahospitalariamente:

$$\frac{\text{Numero de pacientes con infecciones adquiridas intrahospitalariamente en un periodo}}{\text{Total de personas hospitalizadas en el mismo periodo.}} \times 100$$

f) Incidencia de complicaciones por procedimientos quirúrgicos:

$$\frac{\text{Numero de pacientes con complicaciones generadas en procedimientos quirúrgicos en el semestre}}{\text{Total de personas a quienes se realizó cirugía en el mismo periodo.}} \times 100$$

g) Tasas de incidencia y prevalencia de los principales problemas de salud

Tomando en cuenta el perfil epidemiológico de la población afiliada al Fondo, se definirán los estudios de incidencia y prevalencia de morbilidad específicos que serán adelantados.

VIII.B- EFICIENCIA:

La eficiencia muestra la relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes de recursos o insumos.

Se evaluaría los siguientes indicadores en Hospital:

a) Tratamiento: Gastos hospitalarios
 No de egresos vivos

490

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 82

- b) Tratamiento: Gastos rehabilitación .
No de casos de rehabilitación
- c) Tratamiento: Gastos de servicios ambulatorios (Medicina, Odontología, Lab. clí).
No de consultas y laboratorios
- d) Tratamiento: Gastos servicios de urgencias
No de consultas de urgencias

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC	APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
		PAGINA: 83

IX.- DIRECTRIZ DE MEDICION Y CONSOLIDADOLIEGUE DEL PAMEC

Este apartado tiene como propósitos fundamentales establecer un cronograma de auditoria que permita dar claridad sobre las fechas de cálculo y reporte de los indicadores.

IX.1. Cronograma de Auditoria: PAMEC

El Cronograma de Auditoria (PAMEC), que se presenta, es una herramienta que permite homologar las fechas en las cuales se reportará la información para la obtención de los indicadores. Las reglas básicas que orientan el diseño y la utilización de este cronograma son:

1. El Cronograma de Auditoria: PAMEC establece fechas únicas para el reporte de los indicadores de calidad que hacen parte del PAMEC de la ESE DE VILLAVIEJA.
2. La periodicidad establecida en el cronograma corresponde a la que se determinó en las fichas técnicas de los indicadores.
3. Cuando varios indicadores se obtienen de un mismo instrumento, deben calcularse en forma simultánea.
4. El cálculo de los indicadores se ha alternado para evitar meses de sobrecarga en la captura de la información.
5. Los meses que aparecen enunciados frente a los indicadores señalan que el **quinto día hábil de ese mes** es el **plazo último** para que el responsable del cálculo del indicador radique en el despacho de la Gerencia de la ESE el informe ejecutivo con los resultados del indicador, debidamente analizados y con propuestas de intervención para su análisis en el Comité Técnico.
6. En consecuencia, cada responsable del cálculo de un indicador debe planear y realizar la captura, procesamiento y consolidación de los datos en su área de competencia, con la suficiente anticipación, para que el indicador se genere y envíe a más tardar en la fecha establecida en el cronograma.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 84

7. Aunque el cronograma establece las fechas límite para entrega de la información, debe recordarse que el sentido principal de estos indicadores es su utilización para la toma de decisiones de mejoramiento en cada área de la ESE. En consecuencia, cada responsable del cálculo de un indicador debe ser el primer usuario de esta información.

En este **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SE REALIZARAN ACCIONES DE SEGUIMIENTO, COYUNTURALES Y PREVENTIVAS DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES** con la siguiente periodicidad en la UAE DE VILLAVIEJA durante todo el año:

ACCIONES DE SEGUIMIENTO:

1. EVALUACIONES BIMENSUAL:

- ECR-05:** Evaluación de la Calidad referencias.
- E03:** Evaluación de Historias Clínicas evalúa calidad y pertinencia H. Clínicas medicina y odontología,
- E11:** Evaluación mantenimiento preventivo equipos de odontología.
- E06:** Evaluación rendimiento medico y odontológico.
- E02A:** Evaluación suministro de medicamentos.
- E07:** Evaluación costo formula medico.
- E10:** Evaluación seguimiento de auditoria al tratamiento hospitalario.
- E50:** Encuestas de satisfacción al usuario.

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 85

CRONOGRAMA DE AUDITORÍA EVALUACIONES BIMENSUAL

INDICADOR	FECHAS DE REPORTE 5 PRIMEROS DÍAS HÁBILES DE LOS SIGUIENTES MESES:					
	FEBRER O	ABRIL	JUNIO	AGOST	OCTUBR	DICIEMB
ECR05						
E03						
E11						
E06						
E02A						
E07						
E013						
E50						

2. EVALUACIONES MENSUAL:

E08M: Evaluación oportunidad de citas medicas.

E08O: Evaluación oportunidad de citas odontológicas.

E08U: Evaluación oportunidad de citas urgencias.

E02: Evaluación oportunidad de farmacia.

EP&P:03B: Evaluaciones del cumplimiento de las guías de atención: P&P: Atención del parto, puerperio y RN, Control prenatal, Atención complicación Hemorrágicas e Hipertensivas del embarazo.

E03A: Evaluación del conocimiento de las Guías Clínicas basadas en la evidencia.

Mg

 ESE HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO VILLAVIEJA	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2008 Versión 2
	PAMEC		APROBADO: MONICA SANCHEZ FALLA
			PAGINA: 86

ACCIONES DE COYUNTURALES:

- Comité de ley: acciones coyunturales:
 - i. Comité de Historias Clínicas (Se realiza cada 2 meses)
 - ii. Comité de infecciones intra hospitalarias.
 - iii. Comité de vigilancia epidemiológica.
 - iv. Comité de Urgencias.
 - v. Comité de Farmacia y Terapéutica.
 - vi. Comité de Ética Hospitalaria.
 - vii. Comité Técnico Científico

3. EVALUACIONES SEMESTRAL:

E01: Evaluación del proceso y resultado de la atención medico asistencial

CIRC30: Evaluación y presentación de los indicadores de calidad CIRCULAR 030/05 SNS.

CRONOGRAMA DE AUDITORÍA EVALUACIONES SEMESTRAL

INDICADOR	FECHAS DE REPORTE 5 PRIMEROS DÍAS HÁBILES DE LOS SIGUIENTES MESES:			
	ENERO	JUNIO		
<u>E01</u>				
<u>CIRC30</u>				

ACCIONES PREVENTIVAS:

4. EVALUACIONES ANUAL:

ERM01: Evaluación del cumplimiento de estándares y verificación (Manual único del MPS: Resolución No. 1043/06: Anexo técnico # 1 y 2.).

Mas

CAPACITACIONES

FECHA: 28 GEN 2009.

TEMA: Soporte al parto.

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Cargo	Firma
Rosabel Becerra	26600461	Aux enfer	Rosabel
Dora Y. Garcia	1081182051	Aux. enf.	Dora Y. Garcia
Yolima Botada	36065047	Aux enf.	Yolima Botada
Helena Zamora de los	266001280	Aux enf	Helena
Mildrey Cardenas	1081182677	Aux enf.	Mildrey C.
Garcia P. Sor. de	36302982	Aux enf	Garcia P.
Diana C. Caceres (t)	53932325	Med. Ja Victoria	Diana
Prinzella Ponce de	52500435 B	servicios G&S	Prinzella
Luisa Ramirez	24576300	S. Generales	Luisa Ramirez
Paqueline Pardo	26-601583	Aux enf	Paqueline

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Cargo	Firma
Jaidy 4to Polo	51671538	Act Gen	<i>[Signature]</i>
Symon Pestron	265158917	ENF JEFE	<i>[Signature]</i>
MARTHA LUCIA CARDOSO	26600.127	Aux Asistencia	<i>[Signature]</i>
Andrey Uselva M	36068811	Aux Fiebre	<i>[Signature]</i>
Fernanda Estrella	1130591711	Aux. Otorrino	<i>[Signature]</i>
Patricia Bustos	36181895	Act Sreclivo	<i>[Signature]</i>
Glenn C Cerezo	53932325	Med End	<i>[Signature]</i>
Martha J. Gomez	26-601329	Odontologo	<i>[Signature]</i>
Gonzalez Gary	52966555	Bacteriologo	<i>[Signature]</i>
Yanet	26-600335	Act Fiebre	<i>[Signature]</i>