



**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y MATEMÁTICAS**

**“AUDITORÍA OPERACIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SERVICIO
HOSPITALARIO EN UNA CLÍNICA UBICADA EN LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL”**

PROYECTO DE GRADUACIÓN

(DENTRO DE UNA MATERIA DE GRADUACIÓN)

Previa a la obtención del Título de:

INGENIERO EN AUDITORÍA Y CONTADURÍA PÚBLICA AUTORIZADA

Presentado por:

Andrea Del Cisne Asqui Riofrío

Karen Alejandra Zúñiga Yong

Guayaquil - Ecuador

2015

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, quien me ha levantado con su fortaleza y amor infinito cuando he querido decaer en mis estudios y en el trayecto de este proyecto final.

A mis padres quienes me han encaminado en sendas del bien, formándome en principios y valores. Ellos que se han esforzado en mis etapas de vida estudiantil brindándome su amor y sabios consejos en momentos de confusión y debilidad.

A mis compañeras, quienes hemos estado juntas en los cuatro años de universidad, compartiendo conocimiento, amistad y compañerismo; a mi enamorado y amigo incondicional Juan Carlos que siempre me dio aliento y empuje para culminar este proyecto.

A mis profesores, ya que su valiosa enseñanza serán mis bases en mi vida profesional; en especial a nuestro tutor quien nos supo encaminar en este proyecto.

Andrea

AGRADECIMIENTO

A Dios, por todas las bendiciones que me ha dado a lo largo de mi vida.

A mis padres y hermanos, que me enseñaron que lo más importante en esta vida es hacer las cosas bien y ser siempre responsable.

A mi abuela, que siempre estuvo pendiente de mí y me enseñó a ser una persona de bien y con temor a Dios.

A la Escuela Superior Politécnica del Litoral, a mis queridos profesores, que me guiaron en mis estudios y me enseñaron no sólo en términos académicos sino que me prepararon para las situaciones de la vida real.

A quienes pertenecen a la empresa, en la cual se realizó el presente proyecto, por abrirme las puertas para poner en práctica los conocimientos adquiridos y aprender sobre su giro de negocio.

Karen

DEDICATORIA

La culminación de este trabajo final se la dedico a mis padres y hermanos, quienes con su amor, comprensión y sabias palabras han logrado que logre culminar una etapa importante y comience otra que es mi vida profesional, siempre encaminada de la mano de Dios sin olvidar mis valores infundados.

A mis amistades y aquellas personas quienes me han acompañado en todos estos años y han logrado ser luz en mi vida para poder alcanzar uno de mis objetivos.

Andrea

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida que tengo y hacer cumplir su voluntad en cada día.

A mis padres, que con su esfuerzo y dedicación me demostraron que en esta vida nunca hay que rendirse ante los obstáculos que se presenten en cualquier momento.

A mi abuela, que en todo momento estuvo pendiente de mí y que siempre me aconsejó para la vida.

A mis amigos y amigas, quienes me apoyaron en todo momento y con quienes compartí mis horas de estudio y tiempos libres en la universidad.

Karen

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Máster. Julio Aguirre Mosquera

Director de Proyecto de Graduación

Máster. Marlon Manya Orellana

Delegado Principal

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad del contenido de esta Trabajo final de Grado, nos corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la Escuela Superior Politécnica del Litoral".

Andrea Asqui Riofrío

Karen Zúñiga Yong

RESUMEN

Con la realización de este proyecto se busca desarrollar una auditoría de los procesos más críticos comprendidos en el departamento de servicio hospitalario que deben acogerse a las normas y disposiciones legales aplicables al área de salud, con la finalidad de identificar los riesgos más altos y poder mejorar la situación de los mismos, brindando la optimización de tiempo con la máxima eficiencia mediante una Auditoría Operacional.

En el Capítulo I se muestra un conocimiento preliminar de la empresa a auditar, además de indicar cuál es el problema a analizar y objetivos del proyecto.

En el Capítulo II se detalla la metodología y conceptos a utilizar en el desarrollo de la auditoría.

En el Capítulo III se explica la normativa ecuatoriana que regula a la empresa, sobretodo en la parte de la salud, según el ministerio.

En el capítulo IV se muestra el desarrollo de la auditoría, así como los resultados obtenidos de las distintas herramientas de auditoría aplicadas a los subprocesos analizados.

El capítulo V detalla las conclusiones y recomendaciones de la auditoría realizada en la entidad.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|------|
| AGRADECIMIENTO | II |
| AGRADECIMIENTO | III |
| DEDICATORIA | IV |
| DEDICATORIA | V |
| TRIBUNAL DE GRADUACIÓN | VI |
| DECLARACIÓN EXPRESA | VII |
| RESUMEN | VIII |
| ÍNDICE GENERAL..... | IX |
| ÍNDICE DE TABLAS | XIV |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES | XVII |
| ÍNDICE DE ANEXOS | XX |
| CAPÍTULO I | 1 |
| 1. CONOCIMIENTO DEL NEGOCIO | 1 |
| 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN | 1 |
| 1.1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA | 2 |
| 1.1.2. MISIÓN | 2 |

| | | |
|------------------|---|----|
| 1.1.3. | VISIÓN | 2 |
| 1.1.4. | VALORES | 3 |
| 1.1.5. | OBJETIVOS ESTRATÉGICOS | 3 |
| 1.1.6. | ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL..... | 4 |
| 1.1.7. | CLIENTES..... | 5 |
| 1.1.8. | PROVEEDORES..... | 5 |
| 1.1.9. | SERVICIOS MÉDICOS Y DE CIRUGÍA QUE BRINDA CLÍNICA LA SALUD | 6 |
| 1.1.10. | ASEGURADORAS..... | 7 |
| 1.1.11. | ANÁLISIS FODA..... | 7 |
| 1.2. | PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA | 9 |
| 1.2.1. | ANÁLISIS DE RIESGO | 9 |
| 1.2.2. | JUSTIFICACIÓN | 11 |
| 1.2.3. | ALCANCE DEL PROYECTO | 13 |
| 1.2.4. | OBJETIVO GENERAL | 13 |
| 1.2.5. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 13 |
| CAPÍTULO II..... | | 15 |
| 2. | MARCO TEÓRICO | 15 |
| 2.1. | INTRODUCCIÓN A LA AUDITORÍA OPERACIONAL..... | 15 |

| | |
|---|----|
| 2.1.1. FINALIDAD DE LA AUDITORÍA | 15 |
| 2.2. METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA OPERACIONAL | 15 |
| 2.2.1. PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA..... | 16 |
| 2.2.2. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA..... | 24 |
| 2.2.3. INFORME DE AUDITORÍA | 40 |
| CAPÍTULO III | 42 |
| 3. MARCO LEGAL | 42 |
| 3.1 LEY ORGÁNICA DE SALUD | 43 |
| 3.2 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD | 44 |
| 3.3 REGLAMENTO LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD | 46 |
| 3.4 REGLAMENTO PARA EL PAGO POR SERVICIOS DE SALUD EN CASOS DE EMERGENCIA CONCEDIDOS POR PRESTADORES EXTERNOS A LOS ASEGURADOS DEL IESS | 47 |
| 3.5 REGLAMENTO PARA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y EN RED DE LOS ASEGURADOS | 48 |
| 3.6 NORMA TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN, CALIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA..... | 49 |

| | |
|---|----|
| 3.7 TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD..... | 50 |
| 3.8 MANUAL OPERATIVO DE LA RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD (RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD- RED PRIVADA COMPLEMENTARIA) | 51 |
| 3.9 OTRAS NORMAS APLICABLES..... | 52 |
| CAPÍTULO IV..... | 54 |
| 4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA..... | 54 |
| 4.1. PLANIFICACIÓN | 54 |
| 4.1.1. ESTUDIO PRELIMINAR..... | 54 |
| 4.1.2. IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA CRÍTICA..... | 55 |
| 4.1.3. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA OPERACIONAL | 56 |
| 4.1.4. MEMORANDUM DE PLANIFICACIÓN | 59 |
| 4.1.5. PROGRAMAS DE TRABAJO..... | 60 |
| 4.1.6. EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO..... | 69 |
| 4.2. EJECUCIÓN..... | 83 |
| 4.2.1. CADENA DE VALOR DE LA CLINICA LA SALUD..... | 83 |
| 4.2.2. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS A AUDITAR | 85 |
| 4.2.3. ANÁLISIS DE FLUJOS DE PROCESOS | 85 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.4. ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO..... | 106 |
| 4.2.5. CÉDULAS DE HALLAZGOS..... | 120 |
| 4.2.6 APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE ANALISIS | 124 |
| 4.2.7. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO | 125 |
| 4.3. INFORME DE AUDITORÍA..... | 129 |
| I. ANTECEDENTES | 129 |
| II. PERIODO, OBJETIVO Y ALCANCE DE LA REVISIÓN..... | 131 |
| III. RESULTADOS GENERALES | 132 |
| IV. RESULTADO ESPECÍFICO POR SUBPROCESO..... | 136 |
| CAPÍTULO V..... | 142 |
| 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 142 |
| 5.1. CONCLUSIONES | 142 |
| 5.2. RECOMENDACIONES..... | 143 |
| 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 145 |
| ANEXOS..... | 148 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| <i>Tabla 1</i> Proveedores..... | 5 |
| <i>Tabla 2</i> Servicios Médicos | 6 |
| <i>Tabla 3</i> Aseguradoras..... | 7 |
| <i>Tabla 4</i> Riesgo de Auditoría..... | 31 |
| <i>Tabla 5</i> Descripción de la Probabilidad del Riesgo..... | 32 |
| <i>Tabla 6</i> Descripción del Impacto del Riesgo..... | 33 |
| <i>Tabla 7</i> Estructura diagrama Ishikawa..... | 39 |
| <i>Tabla 8</i> Otras normas relacionadas | 53 |
| <i>Tabla 9</i> Equipo Auditor | 58 |
| <i>Tabla 10</i> Memorando de planificación | 59 |
| <i>Tabla 11</i> Plan de Trabajo Fase de Planificación..... | 60 |
| <i>Tabla 12</i> Plan de Trabajo Fase de Ejecución de la Auditoría | 61 |
| <i>Tabla 13</i> Plan de Trabajo de la Fase de Informe de Auditoría..... | 62 |
| <i>Tabla 14</i> Programa de trabajo Subproceso de Valoración | 63 |
| <i>Tabla 15</i> Programa de trabajo - Subproceso Registro de pacientes..... | 65 |
| <i>Tabla 16</i> Programa de trabajo - Subproceso de Emergencia | 67 |
| <i>Tabla 17</i> Evaluación de Control Interno..... | 70 |
| <i>Tabla 18</i> Evaluación específica de control Interno..... | 75 |
| <i>Tabla 19</i> Detalle cadena de Valor..... | 84 |
| <i>Tabla 20</i> Indicador. Tiempo de respuesta de Triage..... | 90 |
| <i>Tabla 21</i> Indicador. Tiempo de duración de triaje | 91 |

| | |
|--|-----|
| <i>Tabla 22</i> Indicador. Tasa de abandono de triaje..... | 92 |
| <i>Tabla 23</i> Indicador. Nivel de satisfacción del cliente..... | 92 |
| <i>Tabla 24</i> Indicador. Cantidad de pacientes en un tiempo determinado | 93 |
| <i>Tabla 25</i> Indicador. Ingreso de pacientes por tipo de seguro | 95 |
| <i>Tabla 26</i> Indicador. Nivel de satisfacción del cliente..... | 96 |
| <i>Tabla 27</i> Indicador. Promedio del tiempo de atención para registro de pacientes | 97 |
| <i>Tabla 28</i> Indicador. Documentación válida | 98 |
| <i>Tabla 29</i> Indicador. Nivel de aumento de cobertura | 99 |
| <i>Tabla 30</i> Indicador. Tiempo de atención en emergencia de pacientes Tipo I | 101 |
| <i>Tabla 31</i> Indicador. Tiempo de atención en emergencia de pacientes tipo I | 102 |
| <i>Tabla 32</i> Indicador. Tiempo de atención en emergencia de pacientes tipo III | 103 |
| <i>Tabla 33</i> Indicador. Derivación al área de hospitalización | 103 |
| <i>Tabla 34</i> Indicador. Promedio de estancia en Hospitalización..... | 104 |
| <i>Tabla 35</i> Indicador. Promedio de permanencia en observación de emergencia | 105 |
| <i>Tabla 36</i> Resultados AVA Subproceso de Valoración | 108 |
| <i>Tabla 37</i> Porcentaje del AVA Subproceso de Valoración | 109 |
| <i>Tabla 38</i> Resultados AVA Subproceso de Registro del paciente | 113 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 39 Porcentaje del AVA Subproceso de Registro del paciente | 114 |
| Tabla 40 Resultados AVA Subproceso de Emergencia | 118 |
| <i>Tabla 41</i> Porcentajes del AVA Subproceso de Emergencia | 119 |
| Tabla 42 Cédula de Hallazgo -No valorar correctamente al paciente | 120 |
| Tabla 43 Cédula de Hallazgo-Pacientes inconformes por espera | 121 |
| Tabla 44 Cédula de Hallazgo -Asignación errónea de cobertura de seguro | 122 |
| Tabla 45 Cédula de Hallazgo - Deficiente control de registro de pacientes | 123 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| <i>Ilustración 1</i> Organigrama..... | 4 |
| <i>Ilustración 2</i> Análisis de Riesgo | 10 |
| <i>Ilustración 3</i> Enfoque Integral de la Auditoría | 16 |
| <i>Ilustración 4</i> Formato de memorándum de planificación..... | 19 |
| <i>Ilustración 5</i> Programa de Trabajo..... | 21 |
| <i>Ilustración 6</i> Cadena de Valor..... | 26 |
| <i>Ilustración 7</i> Simbología del diagrama de flujo | 28 |
| <i>Ilustración 8</i> Valoración del riesgo | 32 |
| <i>Ilustración 9</i> Matriz Probabilidad-Impacto | 33 |
| <i>Ilustración 10</i> Indicadores de gestión..... | 35 |
| <i>Ilustración 11</i> Perspectivas del Balance Score Card | 38 |
| <i>Ilustración 12</i> Diagrama Ishikawa | 38 |
| <i>Ilustración 13</i> Niveles de Provisión de Servicios de Salud..... | 46 |
| <i>Ilustración 14</i> Procedimientos Administrativos y de Control | 50 |
| <i>Ilustración 15</i> Afiliado..... | 78 |
| <i>Ilustración 16</i> Tipo de seguro..... | 78 |
| <i>Ilustración 17</i> Conocimiento Cobertura de seguro | 78 |
| <i>Ilustración 18</i> Servicios atendidos..... | 79 |
| <i>Ilustración 19</i> Servicio de emergencia oportuna | 80 |
| <i>Ilustración 20</i> Frecuencia de dar solución..... | 81 |
| <i>Ilustración 21</i> Calificación de servicio | 82 |

| | |
|---|-----|
| <i>Ilustración 22</i> Cadena de Valor..... | 83 |
| <i>Ilustración 23</i> Flujo de Subproceso de Valoración | 86 |
| <i>Ilustración 24</i> Flujo de subproceso Registro de pacientes..... | 87 |
| <i>Ilustración 25</i> Flujo de subproceso Emergencia | 88 |
| <i>Ilustración 26</i> Flujo mejorado del subproceso Valoración..... | 89 |
| <i>Ilustración 27</i> Flujo mejorado del subproceso Registro de pacientes | 94 |
| <i>Ilustración 28</i> Flujo mejorado del subproceso Emergencia..... | 100 |
| <i>Ilustración 29</i> Análisis de Valor Agregado Flujo Actual Subproceso Valoración | 106 |
| <i>Ilustración 30</i> Análisis de Valor Agregado Flujo Mejorado Subproceso Valoración..... | 107 |
| <i>Ilustración 31</i> Resultado AVA Actual Subproceso de Valoración | 108 |
| <i>Ilustración 32</i> Resultado AVA Mejorado Subproceso de Valoración..... | 108 |
| <i>Ilustración 33</i> Porcentajes del AVA Subproceso de Valoración..... | 109 |
| <i>Ilustración 34</i> Análisis de Valor Agregado Flujo Actual Subproceso Registro del paciente | 111 |
| <i>Ilustración 35</i> Análisis de Valor Agregado Flujo Mejorado Subproceso Registro del paciente..... | 112 |
| <i>Ilustración 36</i> Resultado AVA Actual Subproceso de Registro del paciente | 113 |
| <i>Ilustración 37</i> Resultado AVA Mejorado Subproceso de Registro del paciente | 114 |
| <i>Ilustración 38</i> Porcentajes del AVA Subproceso de Registro del paciente . | 115 |

| | |
|--|------------|
| Ilustración 39 Análisis de Valor Agregado Flujo Actual Subproceso Emergencia | 116 |
| Ilustración 40 Análisis de Valor Agregado Flujo Mejorado Subproceso Emergencia..... | 117 |
| <i>Ilustración 41 Resultado AVA Actual Subproceso de Emergencia</i> | <i>118</i> |
| <i>Ilustración 42 Resultado AVA Mejorado Subproceso de Emergencia</i> | <i>118</i> |
| <i>Ilustración 43 Porcentajes del AVA Subproceso de Emergencia.....</i> | <i>119</i> |
| Ilustración 44 Mapa estratégico según Balance Score Card | 124 |
| Ilustración 45 Diagrama de Causa y Efecto - No valorar correctamente al paciente | 125 |
| Ilustración 46 Diagrama de Causa y Efecto - Pacientes inconformes por espera | 126 |
| Ilustración 47 Diagrama de Causa y Efecto - Asignación errónea de cobertura de seguro | 127 |
| Ilustración 48 Diagrama de Causa y Efecto -Deficiente control de registro de pacientes | 128 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo A Listado de enfermedades según los niveles de prioridad de emergencia | 149 |
| Anexo B Sistema de Triage de Manchester | 151 |
| Anexo C Análisis de medidas de tendencia central | 153 |
| Anexo D Balance Score Card | 157 |

CAPÍTULO I

1. CONOCIMIENTO DEL NEGOCIO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Clínica La Salud es una organización privada dedicada al servicio médico, dotada de profesionales del área así como de equipos tecnológicos, brindando de la mejor manera la atención a sus pacientes en sus distintas áreas médicas.

La clínica abrió sus puertas en 1990 y se ubicó en la zona céntrica de la ciudad de Guayaquil. Luego el año 1994, un médico muy dedicado y con la finalidad de brindar atención de calidad a sus pacientes, inició un proyecto de ampliación de su pequeña clínica a una clínica con mayor capacidad y que contara con profesionales de excelencia, tecnología según los avances de la época además de atención personalizada.

Luego de 10 años, en el 2004 Clínica La Salud, inicia nuevamente sus actividades en su nueva ubicación en la zona norte de la ciudad de Guayaquil, procurando mejorar continuamente

Dado que se incrementaron sus actividades, se adquirieron equipos tecnológicos más avanzados para atender de la mejor manera posible a sus pacientes.

Para el año 2010 Clínica La Salud firma convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para poder atender a los beneficiarios de la entidad mencionada en situaciones de emergencia.

1.1.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

La empresa se encuentra situada en la ciudad de Guayaquil, en la Ciudadela Kennedy; la ubicación de la clínica, le da ventajas de accesibilidad por varias vías principales y no principales de la urbe guayaquileña, e incluso está muy cercana a varios centros comerciales, centros educativos, y negocios.

1.1.2. MISIÓN

Ofrecer servicios completos e integrados de salud a las personas, con eficiencia y amabilidad, considerando altos esquemas de calidad para lograr la satisfacción de los clientes.

1.1.3. VISIÓN

Lograr ser reconocida como una clínica que tiene la capacidad de atender a sus clientes con todas las especialidades médicas, usando tecnología de punta para lograr un servicio con calidad y calidez.

1.1.4. VALORES

Clínica “La Salud” posee los siguientes valores dentro de su organización:

- ❖ Trabajo en Equipo
- ❖ Calidez Humana
- ❖ Atención personalizada
- ❖ Solidaridad
- ❖ Ética
- ❖ Espíritu de asistencia

1.1.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Mejorar el nivel de rentabilidad según los servicios brindados.
- Mejorar el trato y sistema de comunicación con el usuario.
- Mejorar la satisfacción de demanda de atención.
- Fortalecer y optimizar los procesos clínicos.
- Reducir el tiempo de inproductividad.
- Disminuir el tiempo de espera de los pacientes en los distintos servicios del área.

1.1.6. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL

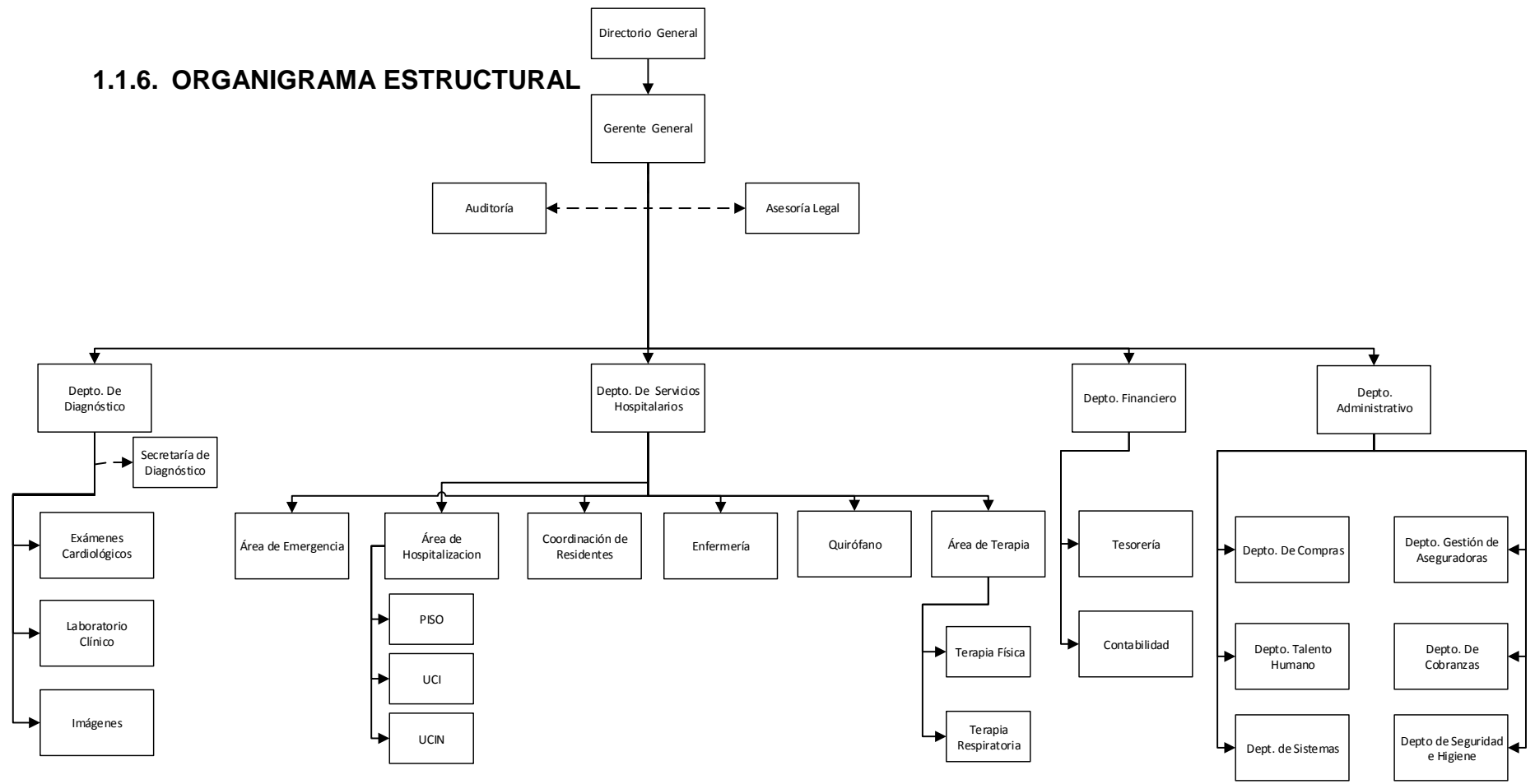


Ilustración 1 Organigrama

Elaborador por: Las autoras
Fuente: Clínica la salud

1.1.7. CLIENTES

Clínica la Salud llega a atender en promedio 1500 pacientes de su cartera mensual en el área de emergencia; considerando que la misma está distribuida de la siguiente manera:

- 80% Activos y Jubilados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- 20% Particulares y beneficiarios del seguro privado.

La atención al determinado flujo de pacientes permite a Clínica La Salud ofrecer un servicio en constante desarrollo y experimentado, lo que le faculta llegar a tener los programas líderes en atención de servicios hospitalarios en Guayaquil.

1.1.8. PROVEEDORES

Para brindar los distintos servicios médicos la clínica posee un pool de proveedores para los diferentes equipos médicos tecnológicos, productos farmacéuticos e insumos, los cuales se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 1 Proveedores

| Proveedores de Clínica La Salud |
|--|
| Roche |
| Ecuador Overseas |
| CEGA |
| Baxter |
| Brown |
| Difare |

Fuente: Clínica la Salud
Preparado por: Las Autoras

1.1.9. SERVICIOS MÉDICOS Y DE CIRUGÍA QUE BRINDA CLÍNICA LA SALUD

Clínica La Salud cuenta con más de 190 médicos en las distintas especialidades, para la correcta atención de sus pacientes como se muestra a continuación:

Tabla 2 Servicios Médicos

| Servicios Médicos | |
|--------------------------------|---|
| Cirugía Cardiovascular | Análisis Clínicos |
| Cirugía Laparoscópica Avanzada | Diagnóstico Por Imágenes |
| Cirugía Plástica | Ginecología Y Obstetricia |
| Hospitalización | Partos – Cesáreas – Laparoscopia – Histeroscopia |
| Emergencia | Traumatología Y Ortopedia |
| Cuidados Intensivos | Salud Mental |
| Cuidados Intensivos Neonatales | Ambulancia |
| Terapia Respiratoria | Cirugía Traumatológica |
| Terapia Del Dolor | Artroscopia |

Fuente: Clínica La Salud
Preparado por: Las autoras

1.1.10. ASEGURADORAS¹

Clínica la salud mantiene convenio con diferentes aseguradoras para el otorgamiento de servicio médico – hospitalario.

Tabla 3 Aseguradoras

| ASEGURADORAS | |
|------------------------------------|---|
| Salud S.A. | Interoceánica |
| Humana | Seguros Rocafuerte |
| Ecuasanitas S.A. | Raúl Coca Barriga |
| Tecniseguros | Coopseguro |
| Pan American Life Medical Services | Atlas |
| Transmedical | Conmedical |
| BMI | Seguranza Cia. Ltda. |
| Medec | Sul América Compañía De Seguros Del Ecuador |
| Seguros Unidos S.A. | Instituto Ecuatoriano de Seguro Social |

Fuente: Clínica La Salud

Preparado por: Autoras

1.1.11. ANÁLISIS FODA

1.1.11.1. FORTALEZA

- Infraestructura y equipamiento de alta categoría que permita el mejoramiento de calidad del servicio.
- Personal altamente capacitado.
- Vinculación con un amplio staff de médicos externos.

¹ Información obtenida de la empresa.

- Convenios con aseguradoras privadas y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Atención exclusiva.

1.1.11.2. OPORTUNIDADES

- Posibilidad de ampliar las áreas de atención hacia los diferentes avances médicos.
- Proyección de expandirse a otras ciudades del país.

1.1.11.3. DEBILIDADES

- No contar con un sistema de calidad.
- Políticas para valoración de pacientes de emergencia muy limitadas.
- No cuenta con una estructura organizacional actualizada.
- No tener manuales de procedimientos documentados
- Alto costo concerniente al servicio médico privado.
- No contar con suficientes médicos de planta.
- Falta de conocimiento referente a las normas y leyes aplicables al área de seguridad social por parte de los pacientes.
- Falla en el control de la gestión de cobertura de seguro.

1.1.11.4. AMENAZAS

- Variantes en la legislación aplicable.
- Cambios en la política gubernamental.
- Competencia por parte de los demás hospitales y centros médicos.

- Aparición de nuevos virus y enfermedades que lleguen a ser incontrolables.
- Falta de capacidad adquisitiva.

1.2. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. ANÁLISIS DE RIESGO

Para poder determinar la justificación a la realización de ésta Auditoría Operacional se ha efectuado un análisis de riesgo dentro del área más crítica de la clínica, tomando en consideración los procesos de valoración, admisión y servicios médicos primarios.

El análisis de riesgo, arrojó los siguientes resultados conforme a los inconvenientes que se vienen presentando en Clínica la Salud y se identificó los riesgos más relevantes dentro de los procesos críticos en el área de servicios hospitalarios.

| MATRIZ DE RIESGO EN LOS PROCESOS MAS CRITICOS DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CLINICA LA SALUD | | | | | | | | |
|--|-----------------------|--|--|--------------|---------|-----------------|----------------|--|
| Proceso | Subproceso | Riesgo | Causa | Categorías | | Nivel de riesgo | Zona de riesgo | Consecuencias |
| | | | | Probabilidad | Impacto | | | |
| Valoración/Triaje | Valoración | No valorar correctamente al paciente | Falta de conocimiento del Apach Mala aplicación del protocolo de valoración | 2 | 3 | 6 | Moderada | Dejar de atender un paciente de alto riesgo por atender uno estable que podría esperar causando así descompensación del paciente e incluso muerte. |
| | | | Deshonestidad del paciente | 3 | 3 | 9 | Alta | Mala valoración inicial retardando el diagnostico definitivo para aplicar tratamiento. |
| | | No poder ubicar al paciente en diferente zona | Mala distribución de pacientes | 2 | 2 | 4 | Baja | Utilizar mayor cantidad de recursos en un paciente estable, la ubicación del paciente esta asociada al estado del mismo. |
| Admisión | Registro de pacientes | Pacientes inconformes por espera | Exagerada afluencia de pacientes de less | 3 | 4 | 12 | Extrema | Personal de la emergencia no se abastece y se incrementan los tiempos de espera así como los tiempos de despachos de medicación y/o servicios. |
| | | Asignación errónea de cobertura de seguro | Deficiente capacitación de personal | 2 | 4 | 8 | Alta | No cobro de adicionales. Incrementa gastos administrativos al gestionar aumento de cupo/cobertura. Bloqueo de cuenta del paciente. |
| | | | Falta de personal | 3 | 4 | 12 | Extrema | |
| | | Inconformidad de pacientes al no recibir servicios | No informar a paciente y/o familiar la cobertura de su seguro ni las normativas a seguir dentro de la institución. | 2 | 4 | 8 | Alta | Reclamo por parte del paciente/familiar al no tener servicios que no cubren pero que creen tener derecho. Negativa al pago de adicionales no cubiertos. |
| | | No despacho de medicina y/o servicios oportunos | No ingreso oportuno del paciente al sistema por falta de documentación habilitante | 1 | 5 | 5 | Alta | No despacho de medicina/insumos de manera oportuna manteniendo el malestar físico del paciente. |
| | | Deficiente registros de pacientes - cobertura | Mala información por parte del paciente o familiar | 3 | 4 | 12 | Extrema | Se puede limitar la administración de medicación/servicios por negativa del familiar a cancelar. Si el paciente no se encuentra creado en el sistema solo se brindan primeros auxilios y se utiliza medicación del charol de paro porque farmacia no puede despachar medicación. |
| Servicios Médicos Primarios | Emergencia | Atrasos en los procesos médicos | Falta de capacitación de enfermeras en llenado de prescripción y evolución médica | 1 | 5 | 5 | Alta | Tiene repercusiones legales en caso de haber alguna denuncia en la que se requiera el historial del paciente. Genera confusión al momento de seguir administrando medicación y al medico revisar la evolución del paciente respecto a la medicación. |
| | | Deficiente control en registro de pacientes | Falta de elaboración de kardex de enfermería | 1 | 5 | 5 | Alta | El paciente puede crear resistencia o mala reacción a la medicación. |

Ilustración 2 Análisis de Riesgo
Fuente: Información de la empresa
Preparado por: Las autoras

1.2.2. JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud en el Ecuador está marcado por la segmentación que presenta el sector público y privado; y debido a la implementación del “call center” que permite la programación de citas a los pacientes, incidió a que haya un alto incremento en la demanda de usuarios insatisfechos² en el sector público, por lo que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) decidió a partir del 2010 hacer convenios con clínicas, hospitales y consultorios privados con la finalidad de garantizar una atención adecuada a los asegurados y beneficiarios.

La atención médica en los centros externos es sólo en caso de emergencias, es decir **“Estados patológicos de manifestación súbita y grave, y accidentados que requieran atención médica inmediata, que al no ser otorgada podría poner en peligro la vida o dejar secuelas que afecten al integralidad funcional u orgánica del paciente”**³; del cual el IESS llega a cubrir los gastos en un 100%.

De esta manera Clínica La Salud mantiene en la actualidad una cartera de usuarios con un 80% proveniente del seguro social, y 20% particulares y seguros privados; lo que conlleva al problema principal que tiene Clínica La Salud.

² Diario El Comercio, 1 de noviembre del 2014. <http://www.elcomercio.com.ec/tendencias/iess-mantiene-convenios-116-clinicas.html>

³ Manual de procedimientos de la Auditoría de la facturación de las cuentas médicas.

La realización de la Auditoría Operacional se justifica en el análisis de riesgo efectuado en las áreas de valoración, admisión y servicios médicos primarios que son consideradas por la administración como las más riesgosas, para la organización.

Entre estos riesgos altos se tiene la falta de información sobre el uso de los seguros a los clientes, que genera insatisfacción y acumulación de pacientes en espera de ser atendidos.

Además a inicios de semana es común que una gran parte de los posibles pacientes de emergencia sólo digan que tienen una emergencia para obtener un certificado médico y así no asistir a sus trabajos; pero lo que causan es acumulación de pacientes en el área, pudiendo perjudicar a personas que realmente necesiten atención médica de urgencia.

Estas dificultades pueden acontecer que otras áreas de la clínica se vuelvan críticas y que generen deficiencias en el cumplimiento de los objetivos organizacionales por lo que se debe evaluar los controles para los diferentes procesos dentro de la organización.

Una auditoría operacional ayudará a determinar los posibles procesos obsoletos o causas de atrasos en las actividades que realiza el personal en los servicios médicos, mediante el uso de herramientas de análisis como las medidas de tendencia central para evaluar la situación actual de los procesos críticos; verificando también el cumplimiento de la normativa aplicable según

el Ministerio de Salud y Entes Reguladores pertinentes para dichos procesos y posteriormente emitir recomendaciones de mejora que permitan una prestación de calidad y que se logre satisfacer al usuario.

1.2.3. ALCANCE DEL PROYECTO

El alcance de este proyecto será los procesos de valoración, servicios médicos primarios y de admisión del área de servicios hospitalarios de la Clínica La Salud, considerados dentro de ésta, como los procesos más críticos que estén afectando la misión de la organización, dentro de un período de 5 meses comprendidos en octubre 2014 – febrero 2015.

1.2.4. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una auditoría de los procesos más críticos comprendidos en el departamento de servicio hospitalario que deben acogerse a las normas y disposiciones legales aplicables al área de salud, con la finalidad de identificar los riesgos más altos y poder mejorar la situación de los mismos, brindando la optimización de tiempo con la máxima eficiencia mediante una Auditoría Operacional.

1.2.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar levantamiento de información del negocio y procesos del área.
- Aplicar la matriz de riesgo para detectar problemas en los procesos a ser auditados.

- Verificar el cumplimiento de las normas legales por parte de los prestadores del servicio dentro de los procesos a realizar.
- Realizar evaluación del control interno a los procesos a ser auditados.
- Diseñar la cadena de valor la Clínica La Salud.
- Elaborar diagramas de los procesos a auditar.
- Usar herramientas de calidad para analizar los procesos.
- Definir indicadores de gestión.
- Efectuar análisis del valor agregado.
- Realizar un informe definitivo para la dirección, el cual contendrá recomendaciones de acciones correctivas hacia los hallazgos observados.
- Promover la eficiencia, eficacia y economía en las actividades admisión y servicios médicos primarios permitiendo mejora en la administración de la cadena de valor.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. INTRODUCCIÓN A LA AUDITORÍA OPERACIONAL

La auditoría operacional también llamada auditoría de gestión, se define como un examen exhaustivo de la economía y eficiencia de los procesos, además del cumplimiento eficaz de sus objetivos, para emitir un informe sobre los hallazgos o resultados encontrados y proponer recomendaciones de mejora.

2.1.1. FINALIDAD DE LA AUDITORÍA

Ofrecer recomendaciones para el mejoramiento del rendimiento de la empresa en base a la evaluación que se realiza de la eficiencia, la eficacia y la economía mediante la cual se administran tanto los recursos como los procesos de una empresa y verificando que se cumpla con la normativa aplicable a dicha entidad.

2.2. METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA OPERACIONAL

La auditoría operacional está compuesta por tres etapas que están interrelacionadas entre sí, y deben realizarse en forma secuencial.

Las etapas de la Auditoría Operacional son:

1. Planeación de la Auditoría
2. Ejecución de la Auditoría
3. Informe de Auditoría

2.2.1. PLANEACIÓN DE LA AUDITORÍA

En la fase de planeación principalmente se especifica que procedimientos se deben realizar en la auditoría; el orden en que se realizan además de indicar quién es el responsable de cada uno de dichos procedimientos de auditoría.

La importancia de esta fase radica en que si hay una buena organización o planeación, se aseguraría la eficiencia y efectividad de la ejecución de la auditoría.

Durante esta fase se especifica el alcance de la auditoría, así como también el memorándum de planificación y los programas de trabajo por cada fase de la auditoría aplicables a los procesos que se estudiarán.

2.2.1.1. ENFOQUE INTEGRAL DE LA AUDITORÍA

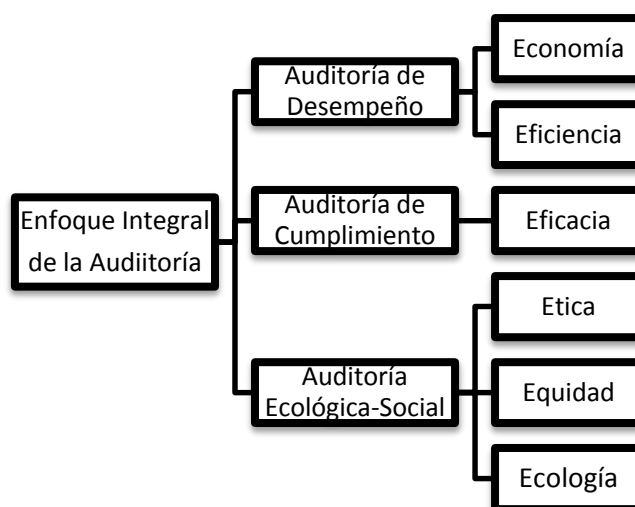


Ilustración 3 Enfoque Integral de la Auditoría

Preparado: Las Autoras

El enfoque integral de la auditoría se compone de varios tipos de auditorías que se basan en las 6 E's y estas son:

- Eficiencia, se refiere a la utilización eficiente de los recursos de la compañía
- Eficacia, se refiere al cumplimiento de los objetivos planificados.
- Economía, se refiere a la adquisición de los recursos necesarios para la realización de las actividades al menor costo posible.
- Ética, se refiere a que si la compañía tiene un código de ética definido y que si lo tiene verificar que efectivamente se cumpla con este.
- Ecología, se refiere a que si los procesos que ejecuta la compañía son amigables con el ambiente que los rodea y no afecta a la naturaleza como tal.
- Equidad, se refiere a que si se cumple con la equidad socialmente, considerando a la mayor cantidad posible de la población que le rodea a la compañía.

A continuación se describen los tres tipos de auditoría, del Enfoque integral de la auditoría.

Auditoría de Desempeño, la cual consiste en verificar si la adquisición de recursos es realizada al menor costo, mientras que también se analiza la eficiencia con la que se manejan dichos recursos en los procesos de la empresa.

Auditoría de Cumplimiento, se centra en verificar la eficacia en el cumplimiento de objetivos, haciendo uso de indicadores de gestión para evaluar dicho cumplimiento.

Auditoría Ecológica- Social, se basa en la revisión del código de ética de la empresa, además de apoyarse en la norma ISO 14001 Sistemas de Gestión Ambiental, con la finalidad de evaluar el impacto ecológico y social de sus operaciones en su entorno.

2.2.1.2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA OPERACIONAL

El alcance de la auditoría operacional se refiere a definir qué áreas o procesos de dichas áreas serán objeto del estudio para la realización del trabajo de auditoría; es decir que parte de la compañía es la que se revisará y sobre la cual se emitirá un informe y recomendaciones para asegurar la mejora continua en la empresa.

Además se define el periodo en el que se realizará el examen de auditoría, y cualquier limitación sobre la información que se necesita para la realización de ésta, que se puede obtener según lo que dispone la empresa.

2.2.1.3. MEMORÁNDUM DE PLANIFICACIÓN

En el memorándum de planificación se detallan los aspectos más relevantes que se deben realizar dentro de la auditoría.

Estos aspectos son los datos preliminares de la empresa, los requerimientos de la auditoría, el equipo multidisciplinario que la realizará, la duración de la auditoría, las áreas o procesos a revisar, objetivo y alcance, entre otros.

| MEMORANDO DE PLANIFICACION | |
|---|-----------------------|
| Entidad: | |
| Auditoría Operacional a: | Período: |
| Preparado por: Auditor Operativo 1 | Fecha: |
| Revisado por: Auditor Operativo 2 | Fecha: |
| 1. REQUERIMIENTO DE LA AUDITORIA | |
| Informe de Auditoría, Memorando de Antecedentes y Síntesis del Informe: | |
| 2. FECHA DE INTERVENCION | Fecha estimada |
| - Orden de Trabajo | |
| - Inicio del trabajo en el campo | |
| - Finalización del trabajo en el campo | |
| - Discusión del borrador del informe con funcionarios | |
| - Presentación del informe a la Dirección | |
| - Emisión del informe final de auditoría | |
| 3. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (Nombres) | |
| - Auditor Operativo: | |
| - Auditor Operativo: | |
| 4. DIAS PRESUPUESTADOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> - 60 Días laborables, distribuidos en las siguientes fases: - FASE I, Planificación - FASE II, Ejecución - FASE III, Informe de Auditoría. | |

Ilustración 4 Formato de memorándum de planificación

Preparado: Las Autoras

2.2.1.4. PROGRAMAS DE TRABAJO

Una vez realizada la planificación, se elaboran los programas de trabajo, que son esquemas en los que se detallan los procedimientos a realizar en cada área o proceso, según la fase de la auditoría.

Primero se detallan los objetivos de la fase y luego los procedimientos relativos a la fase y que se aplican en el área o proceso a auditar.

| EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE TRABAJO | |
|--|--|
| PLAN DE TRABAJO | |
| Objetivos de fase 1: Planificación (familiarización) | |
| - | |
| Procedimientos generales: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento 1 2. Procedimiento 2 3. Procedimiento 3 | |
| PLAN DE TRABAJO | |
| Objetivos de fase 2: Ejecución | |
| - | |
| Procedimientos generales: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento 1 2. Procedimiento 2 3. Procedimiento 3 | |
| PLAN DE TRABAJO | |
| Objetivos de fase 3: Informe de Auditoria | |
| - | |
| Procedimientos generales: | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedimiento 1 2. Procedimiento 2 3. Procedimiento 3 | |

Ilustración 5 Programa de Trabajo

2.2.1.5. EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

El control interno es un proceso efectuado por la dirección y se establece con el fin de prevenir, detectar desviaciones, a través de las políticas y procedimiento que la entidad establezca por medio de los representantes dentro de los niveles de la organización.

El Marco de referencia de Control Interno de COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission), permite a las organizaciones establecer de manera eficiente sistemas de control interno que permita adaptarse a los diferentes cambios operativos y de negocio que se presente, disminuyendo riesgos de manera aceptable, dando apoyo a la toma de decisiones

Elaborado por: *Los autores*

cto

de los objetivos establecidos por la entidad, en base a lo siguiente:

- Disminuir el riesgo de pérdida de valor de activo.
- Fiabilidad de la información financiera.
- Cumplimiento de las normas y leyes vigentes.
- Eficacia y eficiencia de las operaciones.

El sistema de control interno consta de cinco componentes, las cuales llegan a ser utilizadas para poder evaluar el control interno de la compañía y evaluar su efectividad.

Estos son los siguientes:

Ambiente de Control.- Permite establecer la base sobre la que se desarrolla el control interno en la organización, las cuales marca las pautas de comportamiento de la misma; siendo determinadas por el consejo y la alta dirección.

Este componente tiene una influencia directa en el nivel de conciencia del personal con relación al control, aportando disciplina y estructura, la cual incluye la integridad y los valores éticos de la organización, elementos que permite a la alta dirección cumplir sus responsabilidades de supervisión, asignación de autoridad y cargos; el proceso de atraer, desarrollar y retener personal. La evaluación del ambiente de control es relevante en el resto de componentes del SCI.

Evaluación de riesgos.- Este componente permite identificar y analizar los riesgos más importantes en los diferentes niveles de la organización que impidan el logro de los objetivos, considerándose la evaluación del riesgo en la base para determinar cómo se gestionarán los mismos.

Se requiere que la dirección llegue a considerar cual sería el impacto que puedan tener los posibles riesgos en el entorno externo e interno dentro de su modelo de negocio, de manera que se logre un control interno efectivo.

Actividades de Control.- Las actividades permiten que se cumplan las directrices de la dirección a través de políticas y procedimientos, ejecutándose en todos los niveles de la organización. Estas actividades pueden ser preventivas o de detección y consisten en aprobaciones, autorizaciones, verificaciones, conciliaciones, análisis de resultados.

La segregación de funciones es fundamental en la definición y funcionamiento de las actividades de control.

Información y comunicación.- El canal de comunicación es fundamental para que se lleve a cabo las responsabilidades de control y soportar el logro de sus objetivos. La comunicación fluye en sentido ascendente y descendente y a todos los niveles de la entidad, ideal para proporcionar, compartir y obtener la información necesaria. Esto hace que posible que el personal pueda recibir de la alta dirección un mensaje claro y preciso de que las responsabilidades de control deben ser tomadas seriamente.

Actividades de monitoreo y supervisión.- El seguimiento es un proceso que asegura la calidad del control interno a través del tiempo en la organización, la cual permite reaccionar y mejorar, cambiando cuando las circunstancias así lo requieran; identificando controles débiles, insuficientes o innecesarios.

De esta manera se determina si cada uno de los componentes del sistema de control interno se encuentra funcionando correctamente. Este monitoreo puede darse durante las actividades diarias, por el personal que no es responsable directo de la ejecución de actividades o por combinación de estas.

Métodos de evaluación

El auditor para realizar la evaluación del control interno, debe levantar los procesos de la organización y considerar la evaluación a través de los siguientes métodos:

- Entrevistas
- Observación
- Otras técnicas o practicas previstas en el programa

En las cuales debe establecer las herramientas para la evaluación que puede ser por medio de diagrama de flujo, cuestionarios, procesos narrados o lectura de informes anteriores.

2.2.2. EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

La ejecución de la auditoría, debe realizarse según lo previamente planificado en la fase de planeación, es importante el cumplimiento del memorándum de planificación así como también de los programas de trabajo.

En esta etapa lo primero que se realiza es la identificación de los procesos a auditar, y luego la aplicación de las diversas herramientas de auditoría y de calidad que sirven para analizar cada uno de los procesos de forma íntegra.

2.2.2.1. CADENA DE VALOR

La cadena de valor es una herramienta de gestión que permite a la entidad realizar un análisis interno de sus actividades logrando obtener ventajas competitivas de aquellas generadoras de valor de manera estratégica, mediante una desegregación de las mismas.

La ventaja competitiva en la cadena de valor se alcanza cuando se logra integrar en forma secuencial las actividades diferenciándolas de la competencia.

COMPONENTES DE LA CADENA DE VALOR

La cadena de valor se compone de dos partes:

Actividades primarias.- Son aquellas que van relacionadas con la elaboración de producto o prestación de servicio, tomando en cuenta las necesidades del cliente, y se agrupan en cinco áreas:

- ❖ Logística interna
- ❖ Operaciones
- ❖ Logística externa
- ❖ Marketing y ventas
- ❖ Servicios

Actividades de apoyo.- Aquellas que también aportan valor sin que estas actividades estén directamente relacionadas al producto o servicio, sino que más bien, sustentan la ejecución de las actividades primarias.

- ❖ Infraestructura de la organización
- ❖ Gestión de recursos humanos

- ❖ Desarrollo de la tecnología
- ❖ Compras



Ilustración 6 Cadena de Valor

Fuente: <http://www.luisarimany.com/la-cadena-de-valor/>

2.2.2.2. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS Y SUBPROCESOS A AUDITAR

Dentro de la fase de la ejecución, el equipo auditor debe mediante una reunión con el gerente general o persona encargada llegar a conocer las áreas críticas y/o claves, o con mayor riesgo en la organización, mediante la identificación de funciones operativas, metas, objetivos empresariales, estructuras etc.

Debe quedar claramente identificado las actividades que se desarrolla dentro de organización y una manera útil de saberlo es empleando un organigrama y partiendo desde las jerarquías superiores hasta el mínimo nivel posible.

Dentro del área crítica conocida se debe identificar los procesos que intervienen y enlistar los subprocesos de los mismos; una vez identificada puede ayudar las revisiones anteriores u informes que permita conocer los problemas y debilidades que convierten los procesos del área crítica, así como los riesgos que impiden el logro de objetivos y metas.

2.2.2.3. DIAGRAMAS DE FLUJOS DE PROCESO

El diagrama de flujo es una representación esquemática de los procesos en una organización, llegando a ser una técnica para la valoración de control interno, ya que ofrece una descripción visual de las funciones y actividades dentro de un proceso y la relación ordenada entre ellas.

Construcción de diagramas de flujo

Para la construcción del diagrama de flujo se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Conocer la simbología del diagrama.
2. Identificar las actividades del proceso en forma ordenada.
3. Definir los límites del proceso.
4. Identificar claramente los puntos de decisión.
5. Diseñar el flujo gram de proceso.

Simbología de diagrama de flujo

A continuación se detalla los símbolos usados en la diagramación:









| SÍMBOLO | SIGNIFICADO |
|---|---|
|  | Inicio o Término: Indica el principio o el fin del flujo. Puede denotar una acción o un lugar; además, se usa para indicar una unidad administrativa o persona que recibe o proporciona información. |
|  | Actividad: Describe las funciones que desempeñan las personas involucradas en el procedimiento. |
|  | Documento: Representa cualquier documento que entre, se utilice, se genere o salga del procedimiento. |
|  | Decisión o Alternativa: Indica un punto dentro del flujo en donde se debe tomar una decisión entre dos o más opciones. |
|  | Almacenar Datos: Indica la acción del almacenamiento de datos en una Tabla o Archivo de Datos. |
|  | Base de Datos: Indica la existencia de un conjunto de Tablas con Datos almacenados previamente. |
|  | Conector de Página: Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente, en la que continúa el diagrama de flujo. |
|  | Conector: representa una conexión o enlace de una parte del diagrama de flujo con otra parte del mismo. |

Ilustración 7 Simbología del diagrama de flujo

Fuente: <http://tecno-federico007.blogspot.com/2012/06/diagramacion.html>

2.2.2.4. ANALISIS DE VALOR AGREGADO

Valor agregado "son los atributos en los servicios o productos que van más allá de lo que un cliente inicialmente esperaría, logrando su satisfacción"⁴; añadiendo un plus a la cadena de valor de la organización.

El análisis de valor agregado es una técnica que proporciona a la organización la posibilidad de evaluar la eficiencia de los procesos dentro de la entidad, de tal manera que se pueda disminuir los atrasos por pasos o actividades innecesarios.

Actividades de análisis de valor⁵

Actividades que agregan valor al cliente (VAC): Son actividades por las que el cliente está dispuesto a pagar en base a su requerimiento y satisfacción.

Actividades que agregan valor a la empresa (VAE): Son aquellas actividades que resultan del beneficio ofrecido al cliente.

Actividades que no agregan valor (SVA): Actividades que no brindan a la organización ni a sus clientes y que pueden llegar a eliminarse sin afectar el proceso ni la decisión del cliente; estas pueden ser de preparación, espera, movimiento, inspección y archivo.

- **Preparación:** Son las actividades que surgen previamente a las tareas que se realizan dentro de los límites de un proceso.

⁴ <http://www.segmente.com/mcarticulo2.html>

⁵ http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/958/6/Capitulo_2.pdf

- **Espera:** Es el lapso de tiempo en que no se efectúa actividad alguna.
- **Movimiento:** Es el cambio de lugar de un punto a otro de personas, objetos o información.
- **Inspección:** Son las actividades dentro de los procesos, las cuales permiten la verificación de la información y documentos gestionados.
- **Archivo:** Facilitan salvaguardar la información y demás recursos que se emplea en el proceso.

La finalidad de este análisis es aumentar y mejorar las actividades con valor agregado en el porcentaje del total de las actividades de los procesos, controlar y reducir las actividades con valor agregado sólo para la empresa, y eliminar las actividades que no den valor agregado.

2.2.2.5. VALORACIÓN DEL RIESGO⁶

La identificación de riesgos en una entidad permite la ejecución de toda auditoría, facilitando el descubrimiento de las debilidades en el control interno.

Se define al riesgo como la probabilidad de que un evento negativo ocurra y logre afectar los objetivos de la organización o los procesos de la entidad; dentro de la auditoría se puede clasificar el riesgo de la siguiente manera:

⁶ Contraloría General del Estado 2002

Tabla 4 Riesgo de Auditoría

Las organizaciones pueden verse afectadas por los riesgos en sus habilidades por competir, sobrevivir dentro del sector en que se encuentran, y en mantener

| Tipo de riesgo | Concepto |
|---------------------|---|
| Riesgo Inherente | Es propio de la empresa, e independiente de los controles que establezca la entidad. |
| Riesgo de control | El control interno no logra identificar las irregularidades. |
| Riesgo de detección | El auditor no logra detectar la existencia de anomalías en los procesos, esto se da por falta de análisis en la información o no seguir adecuadamente la metodología de auditoría |

una buena imagen pública en calidad de servicios y/o productos. Pero estos

Preparado por: Las autoras

riesgos no pueden ser reducidos a cero, la organización debe determinar cuál es el nivel de riesgo aceptable y emprender un plan de acción para mitigarlos.

La Auditoría operacional se enfoca en la búsqueda e identificación de las debilidades del control y dar un seguimiento de los riesgos propios de la organización; dentro de ésta auditoría se tiene el *Riesgo Operacional* que es todo lo que pueda comprometer a los procesos y subprocesos de la entidad y a los objetivos establecidos, encaminado a pérdidas dado por factores internos y externos.

La valoración de riesgo tiene sus siguientes fases:

- La identificación del riesgo que se puede llevar a cabo respondiendo preguntas sobre eventos posibles en los diferentes procesos;

ayudándonos con un mapa de riesgo de manera que se deje los riesgos ordenados y sistematizados.

- El análisis del riesgo es establecer una valoración en cuanto a la probabilidad de ocurrencia y su consecuencia.
- El nivel de riesgo es el impacto que puede causar el riesgo en los objetivos.

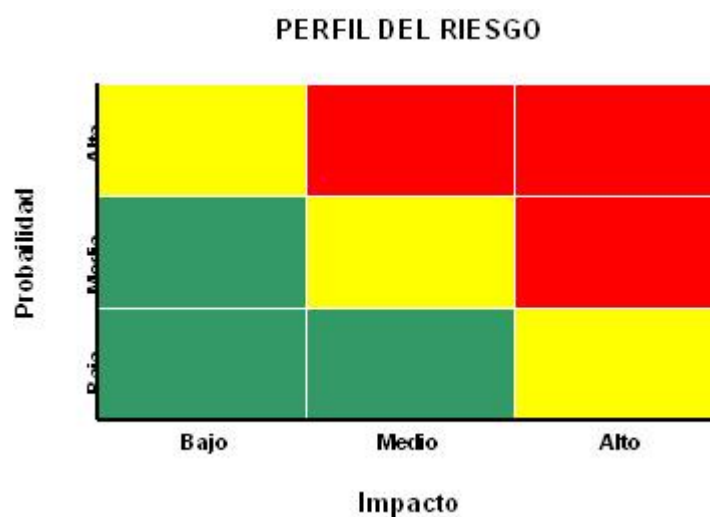


Ilustración 8 Valoración del riesgo

Fuente: *Blog Todo sobre Auditoría*

DESCRIBI

RIESGO

Tabla 5 Descripción de la Probabilidad del Riesgo

| ASIGNACION | PROBALIDAD | SIGNIFICADO |
|------------|-------------|---|
| 1 | Raro | El hecho sucede en casos excepcionales. |
| 2 | Improbable | Ocurre en algún momento determinado |
| 3 | Posible | Se puede presentar en cualquier momento. |
| 4 | Probable | El hecho es más factible que suceda. |
| 5 | Casi seguro | Se espera que el hecho se presente siempre. |

Elaborado por: Las autoras

DESCRIPCION DEL IMPACTO DEL RIESGO

Tabla 6 Descripción del Impacto del Riesgo

| ASIGNACION | IMPACTO | SIGNIFICADO |
|------------|----------------|---|
| 1 | Insignificante | Consecuencias mínimas en la organización. |
| 2 | Bajo | Bajo impacto en la organización |
| 3 | Moderado | Consecuencias considerables para la entidad |
| 4 | Alto | Produce efectos negativos. |
| 5 | Alarmante | Efectos desastrosos en la entidad. |

Elaborado por: Las autoras

Una vez analizado y valorado el riesgo armamos nuestra matriz para poder identificar los riesgos que afectan operacionalmente a la entidad.

| PROBABILIDAD | IMPACTO | | | | |
|---------------------------|------------------|-----------|------------|---------------|---------------|
| | 1-Insignificante | 2-Pequeño | 3-Moderado | 4-Grande | 5-Catastrofe |
| 5- Casi seguro que sucede | Medio (5) | Alto (10) | Alto (15) | Muy alto (20) | Muy alto (25) |
| 4- Muy probable | Medio (4) | Medio (6) | Alto (12) | Alto (16) | Muy alto (20) |
| 3- Es posible | Bajo (3) | Medio (5) | Medio (9) | Alto (12) | Alto (15) |
| 2- Es raro que suceda | Bajo (2) | Bajo (4) | Medio (6) | Medio (8) | Alto (10) |
| 1- Sería excepcional | Bajo (1) | Bajo (2) | Bajo (3) | Bajo (4) | Medio (5) |

Ilustración 9 Matriz Probabilidad-Impacto

Fuente: www.ciberconta.unizar.es/finanzas/08-

2.2.2.5 HALLAZGOS DE AUDITORÍA⁷

El objetivo de la auditoría operacional es poder identificar las operaciones o actividades inefectivas, antieconómicas o ineficientes, en donde se puede determinar las causas que estén provocando las mismas.

Atributos de los hallazgos

El equipo auditor debe evaluar cada uno de los hallazgos encontrados en el examen a las áreas críticas, esto es, identificar con claridad cada uno de los atributos:

Condición: Es la situación actual encontrada por lo el auditor. (Lo que es)

Criterio: Son las disposiciones legales, normativas, políticas, manuales y demás parámetros con los que el auditor compara la situación actual. (Lo que debe ser)

Efecto: Es el resultado de la comparación con el criterio, es ver cómo ha afectado la condición a la operaciones de la Institución.

Causa: Son las razones de los efectos detectados al comparar la condición con el criterio.

⁷ Contraloría General de la república de Nicaragua. *Manual de Auditoría Gubernamental – Auditoría operacional o de gestión*. 2009

2.2.2.6. INDICADORES DE GESTIÓN⁸

“Una unidad de medida que permite el seguimiento y evaluación periódica de las variables clave de una organización mediante su comparación en el tiempo con los correspondientes referentes externos e internos”⁹

Los indicadores van de la mano con el control interno de la entidad, éstos se plasman en base a lo que se quiere medir, analizar, observar, corregir.

Las actividades que se realizan dentro de los procesos en la entidad deben cuantificarse, es decir, medirse. Los indicadores reflejan el estatus de cada actividad dentro de un proceso que deben medirse o compararse con las metas propuestas en la misión.

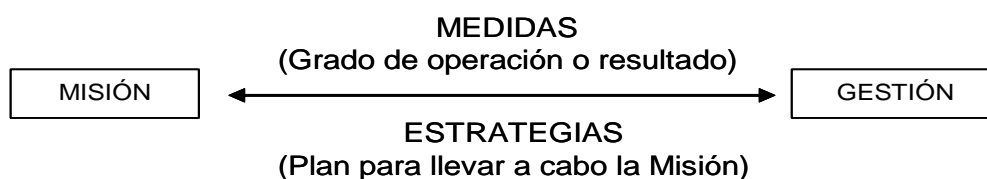


Ilustración 10 Indicadores de gestión

Fuente: *Manual de Auditoría de Gestión. 2002*

El uso de indicadores en la auditoría, permite medir:

- ❖ La eficiencia y economía en el manejo oportuno de los recursos
- ❖ Las cualidades y características de los bienes producidos o servicios prestados (eficacia)
- ❖ El nivel de satisfacción de las necesidades atendidas de los usuarios o clientes a quienes van dirigidos (calidad)

⁸ Contraloría General del Estado. *Manual de Auditoría de Gestión. 2002*

⁹ <http://nuevagerenciapublica.blogspot.com/p/los-indicadores-de-gestion.html>

Todos estos aspectos deben ser medidos y ligados con la misión, visión y objetivos de la entidad, los indicadores tienen su naturaleza: positivo o negativo: será + si al incrementar el valor real, el % de éxito incrementa también, será – si al incrementar el valor real, el % de éxito disminuye.

2.2.2.7. BALANCE SCORE CARD

El balance score card (BSC), también llamado cuadro de mando integral o tablero de mando es una herramienta que permite garantizar a las organizaciones la eficaz ejecución de sus estrategias, permitiendo una comunicación clara y coherente, mediante la integración de indicadores de desempeño en sus 4 perspectivas.

El BSC permite conocer el status de la organización y la forma de cómo se está encaminando las acciones de alcanzar la visión, para poder tomar acciones correctivas o preventivas para el desempeño global de la empresa.

Las organizaciones deben determinar sus objetivos estratégicos donde se los determina en las perspectivas correspondientes, contribuyendo al modelo del negocio y poder estructurar los indicadores.

Perspectivas

Perspectiva Financiera.- Permite saber cómo ven los accionistas y directores de la entidad enfocándose en el requerimiento de creación de valor para los mismo mediante los indicadores de rentabilidad, crecimiento, etc.

Perspectiva del cliente.- Responde a la pregunta de qué es lo que ven los clientes, y refleja el posicionamiento de la empresa en el mercado. Los indicadores presentes son la satisfacción del cliente, calidad y tiempo de servicio.

Perspectiva del proceso interno.- Examina los procesos y operaciones del negocio que influyen directamente en los objetivos y satisfacción del cliente y que se debe hacer para lograrlo. Entre los indicadores tenemos eficiencia de los procesos, innovación de los productos, disminución de costos.

Perspectiva de aprendizaje y crecimiento.- Se identifica al capital humano, el clima organizacional necesario para la generación de valor y lograr el cumplimiento de los objetivos y estrategias, sus indicadores pueden ser evaluaciones de desempeño laboral, eficacia de capacitación.

Beneficios del Balance Score Card

- Mejor alineación de los empleados hacia la visión de la organización.
- Permitir una mejora en la comunicación de los objetivos y su cumplimiento hacia todo el personal de la organización.
- Redefinición de las estrategias en base a los resultados.
- Integración de las diversas áreas del negocio.
- Mejora en la toma de decisiones y capacidad de análisis.



Ilustración 11 Perspectivas del Balance Score Card

Fuente: oocities.org/es/jehutdonadelli/BSC/Foro/Perspectivasdelbsc


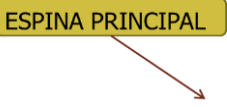


2.2.2.7. DIAGRAMA ISHIKAWA

Ilustración 12 Diagrama Ishikawa

Fuente: *Herramientas para pymes*

Llamado también “espina de pescado” es una herramienta de la calidad considerada no estadística, que permite analizar un problema/efecto y exponer las posibles causas clasificándolas en diferentes factores hasta llegar a la causa raíz, de esta manera asegura y promueve la mejora de procesos.

Tabla 7 Estructura diagrama Ishikawa

| Estructura del diagrama Ishikawa | |
|--|--|
| Componente | Descripción |
|  CABEZA | Línea principal en donde se coloca la situación, suceso o problema. |
|  ESPINA PRINCIPAL | Líneas formando un ángulo aproximado de 70°; se expresan factores o categorías que dan origen a la situación |
|  ← ESPINA | Líneas horizontales que expresan la causa que dan origen a la categoría. |
|  ↙ ESPINA MENOR | Cuando son causas muy complejas estas se pueden dividir en varias subcausas. |

Fuente: *Elaboración propia*
Preparado por: *Autoras*

2.2.3. INFORME DE AUDITORÍA

2.2.3.1. INFORME Y RECOMENDACIONES

El informe es el documento que el auditor prepara para dar a conocer los resultados de los hallazgos y revisiones que efectuaron en una entidad, la cual debe ser integro, congruente, relevante, objetivo, claro y conciso para quien lo vaya a leer.

Contenido del informe

- Objetivos Específicos.
- Alcance.
- Metodología de la Auditoria.
- Hallazgos.
- Conclusiones.
- Recomendaciones.
- Opiniones de la administración.

CAPÍTULO III

3. MARCO LEGAL

Desde el año 2008, el Ecuador se ha venido rigiendo por una Constitución cuyo enfoque es el impulso del desarrollo del Buen Vivir, en la cual en su art. 32 menciona *“la salud es un derecho que garantiza el estado”*¹⁰; para esto el Estado desempeñará la rectoría del Sistema Nacional de Salud, mediante el Ministerio de Salud Pública; en concordancia con el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud; el responsable de la aplicación de la mencionada ley es dicho ministerio, así como de normar para la correcta aplicación de las leyes en el sistema de salud ecuatoriano.

Cabe mencionar que estas entidades también se rigen ante entes reguladores para su constitución como entidades en el sector de salud.

El Servicio de Rentas Internas (SRI), en su calidad de administrador tributario del país, desde el 2013 ha venido realizando auditorías profesionales de la salud para poder determinar el cumplimiento de sus obligaciones tributarias, mediante cruce de información entre el IESS y las distintas casas de salud y sus pacientes.

¹⁰ Constitución de la República del Ecuador 2008

3.1 LEY ORGÁNICA DE SALUD

La ley Orgánica de Salud tiene como fin *“regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley.”*¹¹, basándose en los principios constitucionales y enfocándose en los derechos de todos los ecuatorianos de obtener servicios de salud con calidad y calidez sin discriminación alguna; asegurando así que el desarrollo del país, no sea únicamente enfocado en términos económicos sino también en términos humanitarios y bioéticos.

Según el artículo 3, “la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”¹² Además de ser un derecho irrenunciable, debe ser responsabilidad del estado velar por el cumplimiento de este derecho, siendo participe la sociedad ecuatoriana.

El ministerio se encargará de normalizar y controlar todos los servicios de salud, ya sean de carácter público o privado, para lograr garantizar la concordancia entre los servicios y los principios de la Ley Orgánica de Salud.¹³ Toda entidad que preste servicios de salud deberá publicar las tarifas que cobran por sus servicios, previamente aprobadas por la autoridad competente.

¹¹ Artículo 1, de la Ley Orgánica de Salud

¹² Artículo 3, de la Ley Orgánica de Salud

¹³ Información obtenida del artículo 181, de la Ley Orgánica de Salud

Según el artículo 186 de la LOS¹⁴, La atención de emergencia debe darse, sin necesidad de exigir al paciente o familiar un pago o garantía previo a la atención, por ende una vez que ya haya terminado la emergencia, se requerirá el pago si es institución privada.

Cuando haya imposibilidad para el pago por parte del paciente que fue atendido por emergencia, el valor que no se pueda cobrar a éste, puede ser deducido del impuesto a la renta, según la LORTI¹⁵.

Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, cuya imposibilidad de pago esté debidamente comprobada, se deducirán del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

3.2 LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Esta ley tiene por objeto, *“establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema”*¹⁶ por lo que toda institución o entidad que integre dicho sistema se registrará a lo que en ella se expide.

La razón por la que se crea el sistema nacional de Salud es “mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho

¹⁴ LOS, abreviatura de Ley Orgánica de Salud.

¹⁵ LORTI, abreviatura de Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno.

¹⁶ Artículo 1, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

a la salud.”¹⁷, esto va en concordancia con el Plan Nacional del Buen Vivir, que entre sus objetivos tiene mejorar la calidad de vida de todos los ecuatorianos y por ello tanto el Ministerio de Salud como el Ministerio de Planificación y Desarrollo, trabajan en conjunto para mejorar continuamente la salud de los ecuatorianos.

Según el artículo 7 de la ley orgánica del sistema nacional de salud, entre los integrantes del sistema menciona en su numeral 10 lo siguiente, “Entidades de salud privadas con fines de lucro: prestadoras de servicios, de medicina prepagada y aseguradoras.”¹⁸; por lo cual la clínica que es prestadora de servicios al IESS, es parte también del sistema nacional de salud y se regula según las leyes y normas constitucionales así como también del Ministerio de Salud y del IESS con el que tiene un contrato de servicios.

Para la provisión de servicios de salud se considera que esta será de carácter plural, con cooperación de instituciones de origen privado que trabajan con sus propios recursos y se rigen también por sus propias normas de constitución.¹⁹

¹⁷ Artículo 2, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

¹⁸ Artículo 7, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

¹⁹ Artículo 11, de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

3.3 REGLAMENTO LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los niveles para la provisión de servicios de salud, se definen según el artículo 19 de la LOSNS²⁰ y son:



Ilustración 13 Niveles de Provisión de Servicios de Salud

Elaborado por: Las Autoras

Fuente: Art. 19 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

²⁰ LOSNS, abreviatura de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

3.4 REGLAMENTO PARA EL PAGO POR SERVICIOS DE SALUD EN CASOS DE EMERGENCIA CONCEDIDOS POR PRESTADORES EXTERNOS A LOS ASEGURADOS DEL IESS

Este reglamento expedido por el Consejo Directivo del IESS, según la resolución 317 el mismo, muestra detalles sobre la calificación de la emergencia por niveles de prioridad sobre los documentos habilitantes para el pago por los servicios ofrecidos a los asegurados del IESS y sobre la aplicación de otros seguros.

“Se debe usar el sistema de priorización del daño, para realizar la calificación de la emergencia de nivel 1 y nivel 2, el cual está como anexo en dicho reglamento.”²¹; si el paciente no tiene una emergencia de tales niveles deberá ser atendido de manera ambulatoria.

Según el artículo 7, cuando un asegurado al IESS, también tenga afiliación al SOAT o algún otro seguro de carácter privado; el IESS, sólo podrá cubrir la parte que no cubran dichos seguros privados.

²¹ Artículo 2, Reglamento para el pago por servicios de salud en casos de emergencia concedidos por prestadores externos a los asegurados del IESS

3.5 REGLAMENTO PARA ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL Y EN RED DE LOS ASEGURADOS

Mediante este precepto se regulan los procedimientos para una cobertura efectiva del servicio de salud, a los afiliados al IESS²²; se describen los sujetos a protección por el seguro general individual y familiar, los derechos del asegurado; sobre el sistema integral para atención de salud integral, la portabilidad del derecho a ser atendidos y sobre la atención médica según la zona geográfica.

Según el artículo 2, el afiliado tiene el derecho de escoger el prestador de servicios de salud, que pertenezca a la Red Plural del IESS, para todos los niveles de emergencia, inclusive el primer nivel.

Sobre la facturación, la institución que brinde el servicio de salud, deberá facturar al IESS según el tarifario de prestaciones vigente. Se prohíbe la condición o garantía para pago al afiliado por parte del prestador.²³

²² Artículo 1, Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados.

²³ Artículo 10, Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados.

3.6 NORMA TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN, SELECCIÓN, CALIFICACIÓN Y ADQUISICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA

Su objetivo principal es el de “regular el procedimiento que el Ministerio de Salud Pública seguirá para la selección, evaluación y calificación de prestadores de servicios de salud y la adquisición de estos servicios en la Red Pública Integral de Salud y en la Red Privada Complementaria”²⁴; es decir, esta norma establece el procedimiento para que las instituciones privadas participen en la red privada complementaria, indicando cuales con los requisitos y que condiciones deben cumplir para prestar sus servicios al IESS, siendo calificados según lo que se indica en ella.

En lo que se refiere al convenio para ser prestadores de la red pública integral de salud, éste se firmará bajo las leyes y normas regulatorias vigentes para el sector de la salud. Además para mecanismo de pago será necesario el uso del tarifario

²⁴ Extraído de la Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria

RPIS, Red Pública Integral de Salud

RPC, Red Privada Complementaria

Red Plural del IESS, consiste en la combinación de recursos tanto públicos como privados para dar atención en el territorio en que da cobertura el IESS.

de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y certificar por la Auditoría de la Calidad de la facturación de las Cuentas Médicas lo siguiente:

Los procedimientos administrativos y de control dispuestos en el Instructivo para la Viabilidad de la Atención de los Pacientes en las Unidades de Salud de la RPIS y de la RPC

a. Revisión documental de los soportes administrativos.

b. Revisión técnica de tarifas y de derechos

c. Revisión de pertinencia técnica médica

Ilustración 14 Procedimientos Administrativos y de Control

Elaborado por: Las Autoras

Fuente: Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria.

3.7 TARIFARIO DE PRESTACIONES PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Según su artículo 2, “El tarifario constituye la normativa que ampara a todas las unidades prestadoras de servicios del Sistema Nacional de Salud Red Pública Integral y Red Complementaria (entidades con y sin fines de lucro), debidamente licenciadas/calificadas para formar parte de la red de prestadores, en los diferentes niveles de atención y complejidad. Por lo tanto se constituye en el

instrumento de aplicación obligatoria para efectuar las compensaciones económicas derivadas de la prestación de servicios de salud que brinden las instituciones públicas entre sí y entre estas y las privadas, con el fin de contribuir al acceso universal al sistema.”²⁵, de aquí la importancia de este tarifario para la correcta remuneración de los servicios de salud que se ofrecen por cuenta del estado, a través de las instituciones públicas o privadas.

El tarifario indica los procedimientos o servicios que se cubren o a los que tienen derecho todos los ecuatorianos, asegurados al IESS, ISSPOL, ISSFA, beneficiarios del Bono de Desarrollo Humano, y del SOAT, así como también refugiados en el país. Dentro del documento se explican los procedimientos para cálculo de honorarios, facturación, el cobro de las prestaciones y los entes que participan de la responsabilidad de dicho pago.

3.8 MANUAL OPERATIVO DE LA RED NACIONAL INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD (RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD- RED PRIVADA COMPLEMENTARIA)

En el Manual Operativo se en su sección 5 se refiere a los “Procedimientos esenciales para el funcionamiento de la red” donde también se especifica el

²⁵ Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud

“Manejo Integral de la Atención de Emergencias y estructuración de la red de emergencias”, de la cual forma parte la clínica en la cual se realizó el estudio.

También se detalla el “Manejo Integral de la atención programada” en lo que se basan los procedimientos Ambulatorios, de Laboratorio e Imagen de la clínica, además de la consulta externa y los procedimientos de hospitalización tanto clínicos como quirúrgicos. Mientras que para el “Manejo Integral de la Atención de Emergencias y estructuración de la red de emergencias” en lo que se refiere al nivel de respuesta para urgencias y emergencias, indica el método de triaje o valoración de los pacientes que se debe utilizar es el Triaje de Manchester. **Ver anexo B.**

En la sección 6, se refiere al reconocimiento y compensación económica para la atención de pacientes para los prestadores, que se realiza según el tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, el cual contiene normas obligatorias para los integrantes de dicho sistema.

3.9 OTRAS NORMAS APLICABLES

A continuación se muestran en la Tabla No. 6 otras leyes, normas y documentos aplicables al sector de la salud o que rigen a la clínica por su giro de negocio, muchas de ellas van en concordancia con las demás leyes, normas y documentos mencionados con antelación en este capítulo.

Tabla 8 Otras normas relacionadas

| Otras Normas Relacionadas. |
|---|
| Ley de Amparo y Protección del Paciente. |
| Ley de Seguridad Social |
| Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas |
| Reglamento del Seguro de Salud del ISSFA, para cubrir las Prestaciones de Enfermedad y Maternidad |
| Ley de la Seguridad Social de la Policía Nacional |
| Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad ISSPOL |

Fuente: *Ministerio de Salud Pública*

Preparado por: *Autores*

CAPÍTULO IV

4. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

4.1. PLANIFICACIÓN

La planificación de la auditoría a realizar nos permitirá llevar el enfoque y dirección una vez teniendo claro el conocimiento del negocio mediante un estudio preliminar y se determine las áreas a revisión, mediante un marco de las etapas que se llevará a cabo y sus respectivos procedimientos cuales van de la mano con las normas que rigen a la entidad. La planificación que se ejecute permitirá que se consiga resultados o se tenga los hallazgos necesarios dentro del departamento de servicios hospitalarios para que la entidad pueda tomar acciones correctivas y preste su función con mayor eficiencia y eficacia logrando una satisfacción al paciente.

4.1.1. ESTUDIO PRELIMINAR

Al realizar entrevistas con el personal tanto gerencial como encargado de las áreas a auditar, la observación de los procesos y mediante el análisis de riesgo se han descubierto ciertos puntos a considerar. La empresa tiene como una debilidad el no tener procedimientos debidamente documentados, además tiene problemas en su proceso de admisión por motivo de no tener el conocimiento de

las resoluciones del IESS sobre el uso de los seguros y su cobertura por parte de los usuarios. Mientras que en el área de emergencia el problema radica en la gran cantidad de pacientes que asisten los primeros días de la semana y la capacidad de atención se vuelven ineficiente. Todo esto representa un gran problema para la clínica puesto a que el 80% de sus pacientes provienen del IESS y estos se deben atender bajo la modalidad de emergencia.

4.1.2. IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA CRÍTICA

Una vez concluido el estudio preliminar se identifican las áreas críticas las cuales están enmarcadas dentro del departamento de Servicios Hospitalarios de Clínica la Salud que es la razón de ser de la entidad.

Para poder efectuar la auditoria se realizó el análisis de las dificultades dentro de este departamento, obteniendo los siguientes riesgos que serán la esencia para la ejecución del examen:

- No valorar correctamente al paciente.
- Deficiente registros de pacientes – cobertura.
- Atrasos en los procesos médicos.
- Deficiente control en registro de pacientes.
- Pacientes inconformes por espera.
- Asignación errónea de cobertura de seguro.

- Inconformidad de pacientes al no recibir servicios
- No despacho de medicina y/o servicios oportunos.

Esta área se ha visto afectada a raíz de los convenios que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ha emprendido para mejorar el servicio a sus afiliados, y a lo largo de estos catorce años y por cambios en leyes regulatorias, el número de paciente se ha visto en aumento lo que ha resultado favorable para la clínica pero a la vez ha dificultado que la atención logre ser eficiente y de buena calidad.

Siendo los procesos críticos a auditar los siguientes:

- ❖ Valoración-Triaje
- ❖ Admisión
- ❖ Servicios Médicos Primarios

4.1.3. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA OPERACIONAL

Objetivos

- Realizar levantamiento de información del negocio y procesos del área.
- Aplicar la matriz de riesgo para detectar problemas en los procesos a ser auditados.
- Verificar el cumplimiento de las normas legales por parte de los prestadores del servicio dentro de los procesos a realizar.

- Realizar evaluación del control interno a los procesos a ser auditados.
- Diseñar la cadena de valor la Clínica La Salud.
- Elaborar diagramas de los procesos a auditar.
- Usar herramientas de calidad para analizar los procesos.
- Definir indicadores de gestión.
- Efectuar análisis del valor agregado
- Realizar un informe definitivo para la dirección, el cual contendrá recomendaciones de acciones correctivas hacia los hallazgos observados.
- Promover la eficiencia, eficacia y economía en las actividades admisión y servicios médicos primarios permitiendo mejora en la administración de la cadena de valor.

Alcance

El alcance de la auditoria será la evaluación de los controles y verificación de la documentación de los procesos de valoración, admisión y servicios médicos primarios dentro del departamento de Servicios Hospitalarios.

Equipo Auditor

La realización de la auditoría operacional en el trabajo de campo contará con un equipo auditor especializado quienes realizarán el levantamiento de información, evaluación de control interno, prepararán los papeles de trabajo mediante un

análisis exhaustivo, que permitirá la obtención de un informe con los principales problemas encontrados en los procesos a ser auditados de Clínica la Salud.

Tabla 9 Equipo Auditor

| | |
|----------------------------|--------------|
| Auditor Operativa 1 | Andrea Asqui |
| Auditor Operativa 2 | Karen Zúñiga |

Preparado por: Los autores

4.1.4. MEMORANDUM DE PLANIFICACIÓN

Tabla 10 Memorando de planificación

| MEMORANDO DE PLANIFICACION | |
|---|--------------------------|
| Entidad: Clínica La Salud | |
| Auditoría Operacional a: Los procesos de servicio médico primario y admisión del departamento de servicios Hospitalarios | |
| Preparado por: Andrea Asqui – Karen Zúñiga | Fecha: 13/12/2014 |
| Objetivo de la Auditoría: Desarrollar una auditoría de los procesos más críticos comprendidos en el departamento de servicio hospitalario que deben acogerse a las normas y disposiciones legales aplicables al área de salud, con la finalidad de identificar los riesgos más altos de los procesos antes indicados, que permita mejorar la situación de los mismos, brindando la optimización de tiempo con la máxima eficiencia mediante una Auditoría Operacional. | |
| Alcance de la auditoría: Evaluación de los controles y verificación de la documentación dentro de los procesos admisión y servicios médicos primarios. | |
| Fecha de Intervención | Fecha estimada |
| - Orden de Trabajo | Octubre 2014 |
| - Inicio del trabajo en el campo | Octubre 2014 |
| - Finalización del trabajo en el campo | Enero 2015 |
| - Discusión del borrador del informe con funcionarios | Enero 2015 |
| - Presentación del informe a la Dirección | Febrero 2015 |
| - Emisión del informe final de auditoría | Febrero 2015 |
| Equipo Multidisciplinario | (Nombres) |
| - Auditor Operativo | Andrea Asqui Riofrío |
| - Auditor Operativo: | Karen Zúñiga Yong |
| Etapas de Auditoría | |
| I Planificación Noviembre 1 – Dic 15 | |
| II Ejecución Dic 16 – Enero 30 | |
| III Informe de Auditoría Enero 31- Feb 20 | |

Elaborado por: Las autoras

4.1.5. PROGRAMAS DE TRABAJO

4.1.5.1 PLAN DE TRABAJO FASE DE PLANIFICACIÓN

Tabla 11 Plan de Trabajo Fase de Planificación

| PLAN DE TRABAJO |
|--|
| Objetivos de fase 1: Planificación |
| Familiarizarse con el entorno del departamento de Servicios Hospitalarios. Describir sus objetivos, indicadores de gestión, programas y procedimientos aplicados en el área, así como las leyes y normatividad que rige su gestión. Preparar memorándum de planificación. |
| Procedimientos generales: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista inicial con la Alta Gerencia, sobre la necesidad de la auditoría en la entidad. 2. Revisión de aspectos generales sobre el giro del negocio, su misión, visión, entre otros. 3. Entrevista detallada con el jefe del departamento solicitando información: <ul style="list-style-type: none"> - Cuales son los procesos que se llevan en el área, conociendo cuál es su importancia para la empresa. - Opinión sobre el desempeño del área - Información sobre algún tema especial de interés para la auditoría operacional. - Calidad de servicios que ofrece la unidad. - Cuellos de botella en la ejecución de los procesos del área. - Tecnología disponible en el departamento. 4. Verificar la existencia y el uso de documentos, con los funcionarios del departamento <ul style="list-style-type: none"> Como: - Organigrama del departamento. - Objetivos del área e indicadores de gestión. - Procedimientos formales vigentes en el área. |

Elaborado por: Las autoras

4.1.5.2 PLAN DE TRABAJO FASE DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORÍA

Tabla 12 Plan de Trabajo Fase de Ejecución de la Auditoría

| PLAN DE TRABAJO |
|---|
| Objetivos de fase 2: Ejecución de la Auditoría |
| Evaluar los posibles hallazgos que puedan existir en el área o áreas críticas seleccionadas, para determinar el grado de efectividad, economía y eficiencia de las operaciones y para formular las conclusiones y recomendaciones para mejorar dicho grado. |
| Procedimientos generales: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar detenidamente la información recopilada en la Fase de Planeación que tenga relación con el área crítica. 2. Recopilar información adicional sobre el área por medio de entrevistas, inspecciones físicas, observación directa de las operaciones y por otros medios que considere conveniente. 3. Clasificar los posibles criterios de medición que se podrán utilizar (Leyes, decretos, resoluciones, normas, políticas, objetivos y metas establecidas, estándares e indicadores) 4. Identificación de la cadena de valor 5. Seleccionar la operación u operaciones que se consideren más importantes o significativas para ser examinadas a profundidad. 6. Identificar y desarrollar las características de los posibles Hallazgos de Auditoría Operacional (HAO). 7. Redactar las conclusiones de los HAO e identificar las recomendaciones para mejorar la eficacia o efectividad, economía y eficiencia de las operaciones involucradas en los HAO. 8. Análisis de valor agregado 9. Análisis de las posibles causas (Ishikawa) |

Elaborado por: Las autoras

4.1.5.3 PLAN DE TRABAJO FASE DE INFORME DE AUDITORÍA

Tabla 13 Plan de Trabajo de la Fase de Informe de Auditoría

| PLAN DE TRABAJO |
|---|
| Objetivos de fase 4: Informe de Auditoría |
| Mantener permanentemente comunicación con la entidad, para evidenciar el informe y presentar oportunamente resultados con valor agregado para la empresa |
| Procedimientos generales: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Lleve un breve registro de todas y cada una de las reuniones mantenidas con la administración en la que conste: fecha, personal reunido, motivo o tema de reunión. 2. Redactar una hoja de hallazgos por cada área crítica. 3. Elaborar un plan de redacción del informe con la colaboración de todos los miembros del equipo. 4. Discutir con el supervisor del plan anterior. 5. Redactar el informe borrador respetando, en lo posible, el plan establecido. 6. Poner en consideración del auditor general el borrador del informe. 7. Preparar la versión corregida del informe final. 8. Elabore un plan de sesión (conferencia final) para la lectura del borrador del informe con la administración. |

Elaborado por: Las autoras

4.1.5.4 PROGRAMA DE TRABAJO PROCESO DE VALORACIÓN

Tabla 14 Programa de trabajo Subproceso de Valoración

| PROGRAMA DE TRABAJO | | | | |
|--|---|-------------|------------------|-------|
| ENTIDAD: CLINICA LA SALUD | | | | |
| TIPO DE EXAMEN: AUDITORÍA OPERACIONAL | | | | |
| PROCESO: VALORACIÓN/TRIAJE | | | | |
| SUBPROCESO: VALORACIÓN/TRIAJE | | | | |
| N° | DESCRIPCIÓN | REF: P/T | ELABOR. POR | FECHA |
| B | <p><u>OBJETIVOS</u> Priorizar y clasificar al paciente según su gravedad de manera que se logre la derivación del mismo a los diferentes servicios de médicos permitiendo una correcta gestión de manera más rápida y eficaz.</p> <p><u>PROCEDIMIENTOS GENERALES</u></p> <p>1 Observación del proceso y subproceso para conocer su funcionamiento, y realizar entrevista con el personal que interviene en dicho proceso, para obtener detalles.</p> <p>2 Definir qué problemas ocurren en el subproceso y que afectan cumplimiento de objetivos; estableciendo su probabilidad y nivel de impacto.</p> <p>3 Evaluar el control interno del subproceso, mediante cuestionarios y entrevistas a personal que interviene en el mismo.</p> <p>4 En base a la información obtenida del subproceso, elaborar el flujo de actividades.</p> <p>5 Elaborar papeles de trabajo, con los comentarios, conclusiones y recomendaciones para mejorar la eficiencia, la economía y la eficacia de las operaciones involucradas. Además una hoja resumen de hallazgos importantes.</p> | | Los auditores | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| 6 | <p>Comunicar los resultados obtenidos con los funcionarios responsables, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.</p> <p><u>VALORACIÓN</u></p> <p>Riesgo: No valorar correctamente al paciente. Calificación: Riesgo Moderado Procedimiento específico: Verificar existencia, conocimiento y uso del protocolo de valoración para una correcta atención</p> <p>Riesgo: No poder ubicar al paciente en diferente zona. Calificación: Riesgo Bajo Procedimiento específico: Verificar correcta asignación según la valoración del paciente</p> | | | |
|---|---|--|--|--|

Elaborado por: Las autoras

FUENTE: Información obtenida de la clínica, de observación y cuestionarios

4.1.5.5 PROGRAMA DE TRABAJO PROCESO DE ADMISION

Tabla 15 Programa de trabajo - Subproceso Registro de pacientes

| PROGRAMA DE TRABAJO | | | | |
|--|--|-------------|------------------|-------|
| ENTIDAD: CLÍNICA LA SALUD | | | | |
| TIPO DE EXAMEN: AUDITORÍA OPERACIONAL | | | | |
| PROCESO: ADMISIÓN | | | | |
| SUBPROCESO: REGISTRO DE PACIENTES | | | | |
| N° | DESCRIPCIÓN | REF: P/T | ELABOR POR | FECHA |
| B | <p><u>OBJETIVOS</u></p> <p>Establecer una base de los pacientes que ingresan a la clínica mediante una clasificación de los mismos según el tipo de seguro que tenga de manera poder tener un historial según los diversos servicios que se preste.</p> | | Los auditores | |
| | <p><u>PROCEDIMIENTOS GENERALES</u></p> <p>1 Observación del proceso y subproceso para conocer su funcionamiento, y realizar entrevista con el personal que interviene en dicho proceso, para obtener detalles.</p> <p>2 Definir qué problemas ocurren en el subproceso y que afectan cumplimiento de objetivos; estableciendo su probabilidad y nivel de impacto.</p> <p>3 Evaluar el control interno del subproceso, mediante cuestionarios y entrevistas a personal que interviene en el mismo.</p> <p>4 Validar el uso de las normas de salud, que rigen para el correcto proceso de valoración.</p> <p>5 En base a la información obtenida del subproceso, elaborar el flujo de actividades.</p> <p>6 Elaborar papeles de trabajo, con los comentarios, conclusiones y recomendaciones para mejorar la eficiencia, la economía y la eficacia de las operaciones involucradas. Además una hoja resumen de hallazgos importantes.</p> | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 7 | <p>Comunicar los resultados obtenidos con los funcionarios responsables, para llegar a un acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.</p> <p><u>ADMISIÓN</u></p> <p>Riesgo: Pacientes inconformes por espera. Calificación: Riesgo Extremo Procedimiento específico: Verificar tiempos de espera según indicadores de gestión, y medir satisfacción al cliente por medio de cuestionarios.</p> <p>Riesgo: Asignación errónea de cobertura de seguro. Calificación: Riesgo Alto Procedimiento específico: Identificar y verificar las coberturas de los seguros, según sea su carácter, público o privado.</p> <p>Riesgo: No despacho de medicina y/o servicios oportunos. Calificación: Riesgo Alto Procedimiento específico: Evaluar a través de indicadores, el tiempo de respuesta a la entrega oportuna de medicamentos.</p> <p>Riesgo: Deficiente registros de pacientes – cobertura Calificación: Riesgo extremo Procedimiento específico: Verificar si existen registros erróneos, y en base a indicadores conocer si es algo que ocurre con mucha frecuencia.</p> | | | |
|---|--|--|--|--|

Elaborado por: Las autoras

FUENTE: Información obtenida de la clínica, de observación y cuestionarios

4.1.5.6 PROGRAMA DE TRABAJO SUBPROCESO DE EMERGENCIA

Tabla 16 Programa de trabajo - Subproceso de Emergencia

| PROGRAMA DE TRABAJO | | | | |
|--|---|---------------------|-----------------------|--------------|
| ENTIDAD: CLÍNICA LA SALUD | | | | |
| TIPO DE EXAMEN: AUDITORÍA OPERACIONAL | | | | |
| PROCESO: SERVICIOS MÉDICOS PRIMARIOS | | | | |
| SUBPROCESO: EMERGENCIA | | | | |
| N° | DESCRIPCIÓN | REF: P/T | ELABOR POR | FECHA |
| B | <p><u>OBJETIVOS</u> Brindar toda la atención médica de calidad necesaria para poder estabilizar al paciente, y disminuir cualquier riesgo de mortalidad.</p> <p><u>PROCEDIMIENTOS GENERALES</u></p> <p>1 Observación del proceso y subproceso para conocer su funcionamiento, y realizar entrevista con el personal que interviene en dicho proceso, para obtener detalles.</p> <p>2 Definir qué problemas ocurren en el subproceso y que afectan cumplimiento de objetivos; estableciendo su probabilidad y nivel de impacto.</p> <p>3 Evaluar el control interno del subproceso, mediante cuestionarios y entrevistas a personal que interviene en el mismo.</p> <p>4 Validar el uso de las normas de salud, que rigen para el correcto proceso de valoración.</p> <p>5 En base a la información obtenida del subproceso, elaborar el flujo de actividades.</p> <p>6 Elaborar papeles de trabajo, con los comentarios, conclusiones y recomendaciones para mejorar la eficiencia, la economía y la eficacia de las operaciones involucradas. Además una hoja resumen de hallazgos importantes. Comunicar los resultados obtenidos con los funcionarios responsables, para llegar a un</p> | | Los auditores | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>acuerdo acerca de las recomendaciones para promover mejoras y otras acciones correctivas.</p> <p><u>EMERGENCIA</u> Riesgo: Atrasos en los procesos médicos. Calificación: Riesgo Alto Procedimiento específico: Verificar por medio de los indicadores y mediante la observación los tiempos de respuesta en cuanto a la atención al paciente.</p> <p>Riesgo: Bajo control en registro de pacientes. Calificación: Riesgo Alto</p> <p>Procedimiento específico: Verificar el cumplimiento del registro del kardex de enfermería, mediante observación y entrevistas en el área.</p> | | | |
|--|---|--|--|--|

Elaborado por: *Las autoras*

FUENTE: *Información obtenida de la clínica, de observación y cuestionarios*

4.1.6. EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO

Se realizará en base al marco del Coso 1 para evaluar el sistema de control a nivel de organización. Y una evaluación de control interno específico de acuerdo a entrevistas con el personal del área a auditar y además se aplicarán cuestionarios para evaluar las actividades de dicha área.

Tabla 17 Evaluación de Control Interno

| EVALUACIÓN DE CONTROL INTERNO (COSO) | | | | Hoja No. 1 | |
|---|--|-----------------------|----|------------|--|
| ENTIDAD: | | CLÍNICA LA SALUD | | | |
| TIPO DE EXAMEN: | | AUDITORÍA OPERACIONAL | | | |
| Componente: Ambiente de Control | | | | | |
| Objetivo: Identificar el carácter de Clínica la Salud para promover la conciencia y compromiso hacia el control. | | | | | |
| N° | Preguntas | Respuesta | | | Comentarios |
| | | SI | NO | NA | |
| | Integridad y valores éticos | | | | |
| 1 | ¿La dirección de la entidad ha logrado establecer dentro de su cultura organizacional principios de integridad y valores éticos? | X | | | |
| 2 | ¿Mantienen un código de ética que permita un marco de referencias para estos valores dentro del personal? | | X | | |
| 3 | ¿Tienen por escrito las sanciones que se deben acoger el personal que falte a estos valores? | | X | | |
| 4 | Existen quejas por parte de los pacientes y familiares por actitudes incorrectas de parte del personal de Clínica la Salud. | X | | | Existen quejas hacia personal desde el conserje llegando a los doctores. |
| | Administración estratégica | | | | |
| 5 | La entidad desarrolla para su gestión una administración estratégica para el cumplimiento de su misión. | X | | | |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 6 | La planificación estratégica se encuentra elaborada de acuerdo al marco normativo vigente (normas IESS). | X | | | |
| 7 | Se lleva a cabo seguimientos de las estrategias como una herramienta para evaluar la gestión de la entidad. | | X | | |
| 8 | Se ha determinado indicadores que permitan evaluar la gestión estratégica y su cumplimiento. | | X | | |
| 9 | En la planificación estratégica consideran también planes operativos anuales. | X | | | |
| | Estructura Organizativa | | | | |
| 10 | Clínica la Salud posee una estructura organizacional actualizada que muestre claramente las relaciones jerárquicas. | | X | | No se encuentra actualizada y la que existe es verbal |
| 11 | La estructura organizativa es adecuada para el tamaño y naturaleza de las operaciones y servicios de la entidad. | | | X | |
| 12 | Se cuenta con manuales de procedimientos aprobados y actualizados para los distintos niveles organizativos. | X | | | |
| 13 | El personal de la entidad tiene conocimientos de estos manuales de procesos. | | | X | Conocen sus funciones de manera verbal |
| 14 | Se ha podido identificar los procesos y procedimientos que no estén generando valor y obstruyan el cumplimiento de los objetivos dentro de la entidad. | X | | | |
| | Atmósfera de confianza | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| 15 | La entidad garantiza una comunicación sin barreras que impidan el acercamiento entre los distintos niveles de jerarquización. | X | | | |
| 16 | Se conoce los distintos canales de comunicación que propicien la retroalimentación. | X | | | |
| 17 | Existen buenos niveles de colaboraciones entre el personal, de manera que la entidad logre alcanzar su eficiencia operativa. | X | | | |
| <p>Componente: Evaluación de Riesgo Objetivo: Evaluar la eficacia de la administración en cuanto a la detección de riesgos y las actitudes para su mitigación</p> | | | | | |
| 1 | Dentro de la entidad se ha difundido la conceptualización de riesgo y sus distintas clasificaciones entre los diferentes procesos de Clínica la Salud. | | X | | |
| 2 | Se han identificado eventos negativos que pudieran afectar el desarrollo de las actividades. | | X | | |
| 3 | La entidad ha logrado implementar técnicas para la identificación de riesgos presentes. | | X | | |
| 4 | Existe un plan de mitigación de riesgo. | | X | | |
| 5 | La dirección de Clínica la Salud ha establecido un mapa para el análisis de riesgo. | | X | | |
| 6 | Existen respaldos necesarios para la información en caso de desastres. | | | X | |
| 7 | Se ha identificado las consecuencias ante los riesgos en el área de servicios hospitalarios de manera que se pueda mitigar para atender a los pacientes eficientemente. | X | | | |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| | Componente: Actividades de Control Objetivo: Medir la eficacia en la realización de las distintas transacciones. | | | |
| 1 | Se ha establecido procedimientos de control para los diferentes riesgos significativos. | | X | |
| 2 | La entidad ha determinado un área de control que permita la coordinación entre las distintas áreas y unidades. | | X | |
| 3 | Existe una debida segregación de funciones en cada una de las áreas de Clínica la Salud, permitiendo una disminución de fraude. | | X | |
| 4 | Las distintas transacciones de la entidad son realizadas bajo autorización y aprobación respectiva conforme a las disposiciones legales y administrativas. | X | | |
| 5 | La documentación de las operaciones es completa y oportuna que facilite la revisión del proceso administrativo. | X | | |
| 6 | Se evalúa la eficacia y eficiencia de las operaciones. | X | | |
| 7 | Se ha establecido controles para los accesos no autorizados. | X | | |
| 8 | Se realizan evaluaciones periódicas a las actividades de control para que no afecten el cumplimiento del objetivo de clínica la salud. | | | X |
| | Componente: Información y comunicación Objetivo: Identificar los sistemas de información eficientes orientados a producir informes sobre la gestión, la realidad financiera y el cumplimiento de la normatividad para así lograr su manejo y control. | | | |
| 1 | Los sistemas de información de la entidad, proporcionan una seguridad máxima a los directivos en cuanto a identificar, capturar y comunicar información oportuna. | X | | |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|
| 2 | La entidad ha establecido canales de comunicación abiertos y seguros para el traslado de la información. | X | | | |
| 3 | Se ha logrado mantener canales de comunicación con terceros relacionados. | | X | | |
| 4 | Los sistemas de información cuentan con controles adecuados. | | X | | |
| 5 | Los mecanismos empleados garantizan una comunicación confiable entre todos los niveles de la organización. | | X | | |
| <p>Componente: Supervisión y seguimiento Objetivo: Revisar el sistema de supervisión de control interno y poder obtener resultados de los mismos.</p> | | | | | |
| 1 | Se han establecido acciones de mejoras y correctivas luego de los exámenes realizados, siendo comunicadas al personal. | | X | | |
| 2 | Se han establecido indicadores de control para detectar ineficiencias. | | X | | |
| 3 | Los resultados de auditoria se presentan ante los directivos para el establecimiento de políticas y mejora. | X | | | |
| 4 | Se establecieron herramientas de auto-mejora. | X | | | |
| 5 | Las deficiencias encontradas son comunicadas de manera oportuna a los interesados y directivos para las correcciones necesarias. | X | | | |
| 7 | Se lleva registros de los seguimientos que se realiza a los distintos procesos de la entidad con sus mejoras. | | X | | |

Elaborador por: Las autoras

Fuente: Información tomada en Clínica la Salud

Tabla 18 Evaluación específica de control Interno

| EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE CONTROL INTERNO | | | | Hoja No. 1 | |
|--|---|-------------------------------|----|------------------------|---|
| ENTIDAD: | | CLÍNICA LA SALUD | | | |
| TIPO DE EXAMEN: | | AUDITORÍA OPERACIONAL | | | |
| Proceso: Valoración | | Área: Servicios Hospitalarios | | Subproceso: Valoración | |
| N | Preguntas | Respuestas | | | Comentarios |
| | | SI | NO | NA | |
| 1 | ¿Se cuenta con una sala de espera para entrar al Triage? | X | | | |
| 2 | El personal conoce el protocolo de atención. | X | | | Conocen pero no aplican totalmente |
| 3 | Llevan un control de registro de los pacientes que ingresan Triage. | | X | | |
| 4 | Se lleva un control de registro de los pacientes que abandonan la sala de Triage antes de ser atendidos. | | X | | |
| 5 | Se ha establecido un buzón de sugerencias para recibir las inconformidades de los pacientes así como de sus familiares. | | X | | |
| 6 | Son atendidas las quejas por parte de los pacientes. | X | | | |
| 7 | Se establece un orden para la atención de los pacientes en el área de Triage. | X | | | La inconformidad de los pacientes se mantiene en aumento por los atrasos. |
| 8 | La atención brindada se acoge bajo la Ley de Seguridad Social. | X | | | |

| Área: Servicios Hospitalarios | | | | |
|---|---|--|---|----------------------------|
| Proceso: Admisión | | Subproceso: Registro de Pacientes | | |
| 1 | ¿Se ha establecido un manual de procedimiento para el proceso de admisión? | | X | Las funciones son verbales |
| 2 | ¿Se lleva un registro actualizado diario de los pacientes que son ingresados? | X | | |
| 3 | Existe una buena comunicación horizontal con el departamento de gestión de seguros. | X | | |
| 4 | ¿Se ha realizado evaluaciones periódicas para calificar la eficacia y eficiencia del subproceso de registro de pacientes? | | X | |
| 5 | ¿Existe un buzón de sugerencia para las quejas posibles ante la atención? | | X | |
| 6 | ¿Se tiene políticas para la gestión necesaria a cada tipo de seguro? | | X | |
| Área: Servicios Hospitalarios | | | | |
| Proceso: Servicios Médicos Primarios | | Subproceso: Emergencia | | |
| 1 | ¿La infraestructura es adecuada y propicia para la atención de los pacientes? | X | | |
| 2 | ¿Se cuenta con camillas suficientes para los ingresos de pacientes día? | | X | |
| 3 | ¿Se siguen los protocolos según el Apache Manchester? | | X | |
| 4 | ¿El tiempo de atención en cada uno de los servicios de emergencia es el adecuado? | | X | |
| 5 | ¿Se lleva registro de los pacientes que llegan a ser derivados al área de hospitalización? | X | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información tomada en Clínica la Salud

4.1.6.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DE CLÍNICA LA SALUD

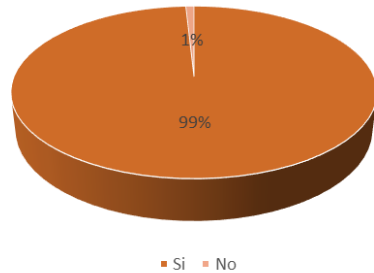
Luego de la evaluación específica de control interno en los procesos dentro del área de servicios hospitalarios, se procedió a realizar una encuesta de satisfacción de cliente que ayudará a comprender los resultados en la evaluación realizada anteriormente.

La presente encuesta fue realizada en un periodo de cuatro semanas, en los siguientes días: de lunes – viernes (18:00-22:00) y sábados (8:00-12:00), obteniendo los siguientes resultados.

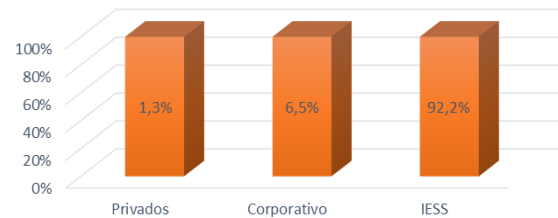
Pregunta 1

¿Usted está asegurado? Si es así ¿A qué tipo de seguro está usted afiliado?

Se conoce que el 99% de los encuestados se encuentran afiliados, y dentro de este grupo se aprecia que el 92,2% de estos se encuentran afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, lo que se comprueba que la cartera de clientes de la clínica provienen de los que buscan atenderse por este seguro, lo que genera riesgos de efectividad en el proceso. Esto se puede observar en la ilustración

SE ENCUENTRA AFILIADO**Ilustración 15** Afiliado

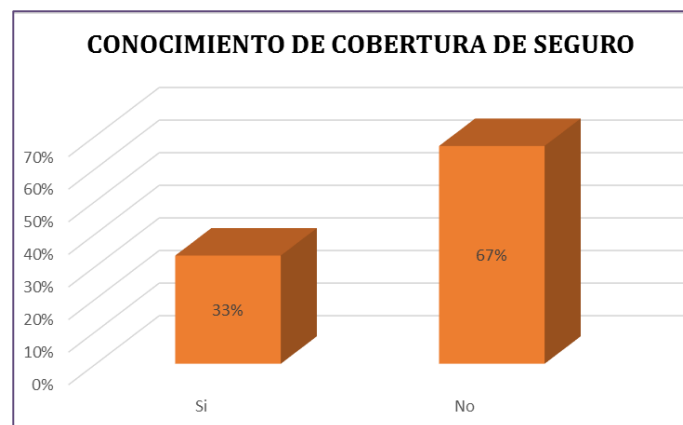
Fuente: Encuesta realizada en Clínica la Salud

TIPO DE SEGURO AL QUE SE ENCUENTRA AFILIADO**Ilustración 16** Tipo de seguro

Fuente: Encuesta realizada en Clínica la Salud

Pregunta 2**Sabe Ud., ¿qué tipo de cobertura de servicios médicos tiene?**

En la ilustración 14 se observa que el 67% de los encuestados no conocen que tipo de servicios médicos le cubre su seguro, lo que es preocupante ya que este desconocimiento es lo que genera desconformidades entre los usuarios y complicaciones en los procesos médicos.

**Ilustración 17** Conocimiento Cobertura de seguro

Elaborador por: Las autoras

Fuente: Encuesta realizada en Clínica la Salud

Pregunta 3

¿Los servicios que Ud. o su familiar han necesitado dentro de la estancia en esta casa de salud han logrado ser atendidos en su totalidad?

El 83% de los encuestados han mencionado que la casa de salud ha logrado atender sus servicios en su totalidad y por ende siente conformidad pero aún queda un 17% que no sienten que sus servicios sean atendidos por lo que se necesita buscar la raíz de esta minoría que afecta al porcentaje global.

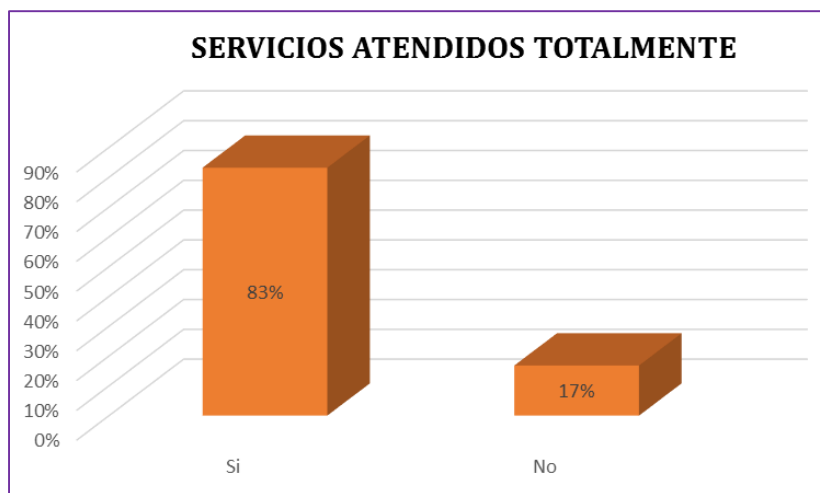


Ilustración 18 Servicios atendidos

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Encuesta realizada en Clínica la Salud

Pregunta 4

¿El servicio que le dedicó el médico en la emergencia fue suficiente y oportuno?

Como se da a conocer en la ilustración 15 en el servicio específico de emergencia, ésta es atendida de manera eficiente y oportuna a los pacientes en un 75% del total de los encuestados, pero para el 25% se necesita revisar los tiempos y atenciones que ocupa esta área para poder completar el 100% de atención oportuna.

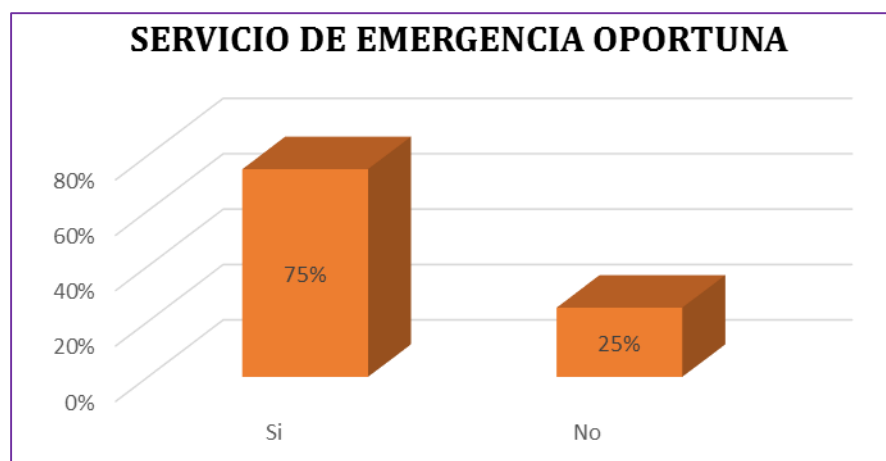


Ilustración 19 Servicio de emergencia oportuna

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Encuesta realizada en Clínica la Salud

Pregunta 5

En el uso del seguro. ¿Cuándo un determinado servicio ya no le cubre el mismo, Con qué frecuencia el personal le logra dar la solución oportuna?

Según resultados, el 52% del total de encuestados menciona que el personal de Clínica la Salud logran dar una solución bastante frecuente en lo que respecta a la cobertura de seguro, como aumentos e inquietudes a la misma, pero se necesita revisar la gestión que se está realizando por los 48% restantes que no consideran igual. Esto se puede observar en la ilustración 17.

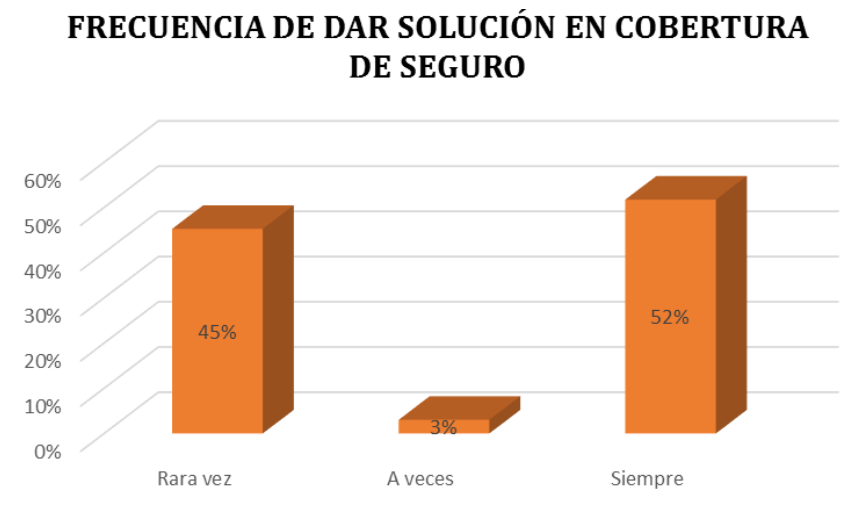


Ilustración 20 Frecuencia de dar solución

Elaborador por: Las autoras

Fuente: Encuesta realizada en clínica la Salud

Pregunta 6

Califique la atención recibida en los distintos servicios según la postulación

Según el gráfico, los encuestados calificaron la atención en los distintos servicios de triaje, registro de pacientes y emergencia, siendo los resultados entre el 40% -50% los servicios se ubican en BUENA y MUY BUENA siendo su objetivo de EXCELENTE por lo que se medirán la parte operativa de estos procesos para mejorar los mismos.

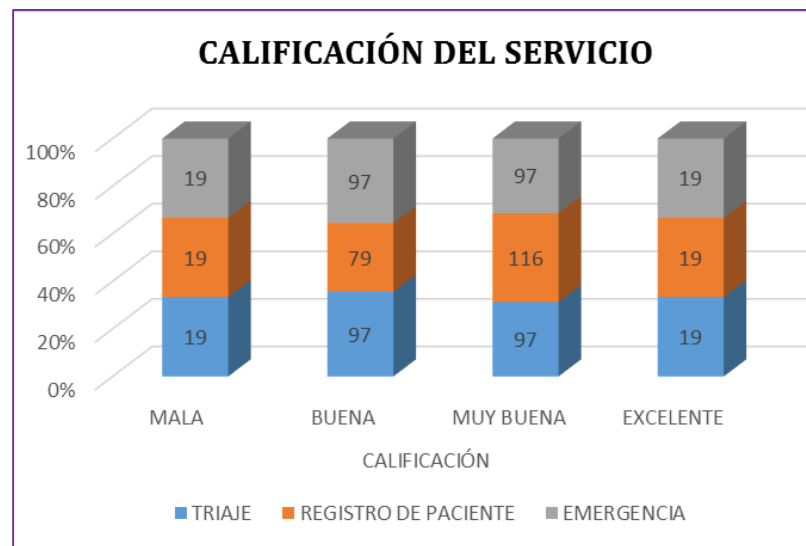


Ilustración 21 Calificación de servicio

Fuente: Encuesta realizada en Clínica la Salud

4.2. EJECUCIÓN

4.2.1. CADENA DE VALOR DE LA CLINICA LA SALUD

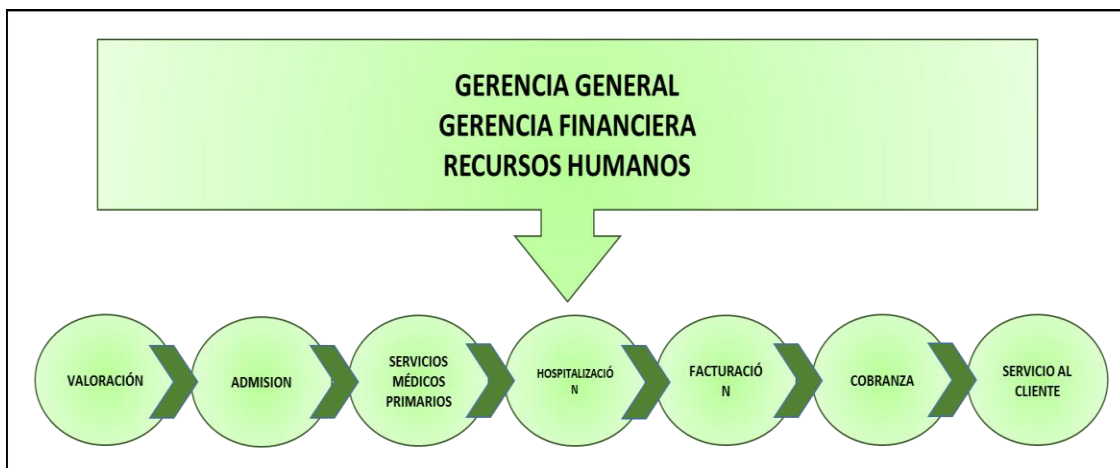


Ilustración 22 Cadena de Valor

Elaborador por: Las autoras
Fuente: Información Clínica la salud

Tabla 19 Detalle cadena de Valor

| Proceso | | Subproceso |
|-------------------------------|--|---|
| 1.Valoración (Triage) | | 1.1. Valoración (Triage) |
| 2.Admisión | | 2.1.Información 2.2.Registro del Paciente |
| 3.Servicios Médicos Primarios | | 3.1.Consulta Externa 3.2.Emergencia 3.3.Ambulatorio |
| 4.Hospitalización | | 4.1.Quirófano 4.2.UCI (Unidad de cuidados intensivos) 4.3.UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatales) 4.4.PISO |
| 5.Facturación | | |
| 6.Cobranza | | |
| 7.Servicio al Cliente | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información de la empresa.

4.2.2. IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS A AUDITAR

En el departamento de servicios hospitalarios, considerando los procesos y subprocesos más críticos, según el giro del negocio, se determinó realizar la auditoría en los procesos de Valoración, Admisión y Servicios Médicos Primarios teniendo en cuenta sus respectivos subprocesos; lo cual se encuentra debidamente justificado en base a la matriz de riesgos y al FODA de la empresa.

4.2.3. ANÁLISIS DE FLUJOS DE PROCESOS

4.2.3.1. FLUJOS DE PROCESOS ACTUALES

A continuación se muestran los flujos de los subprocesos analizados, detallando las actividades de éstos, según las entrevistas y las observaciones realizadas en la clínica.

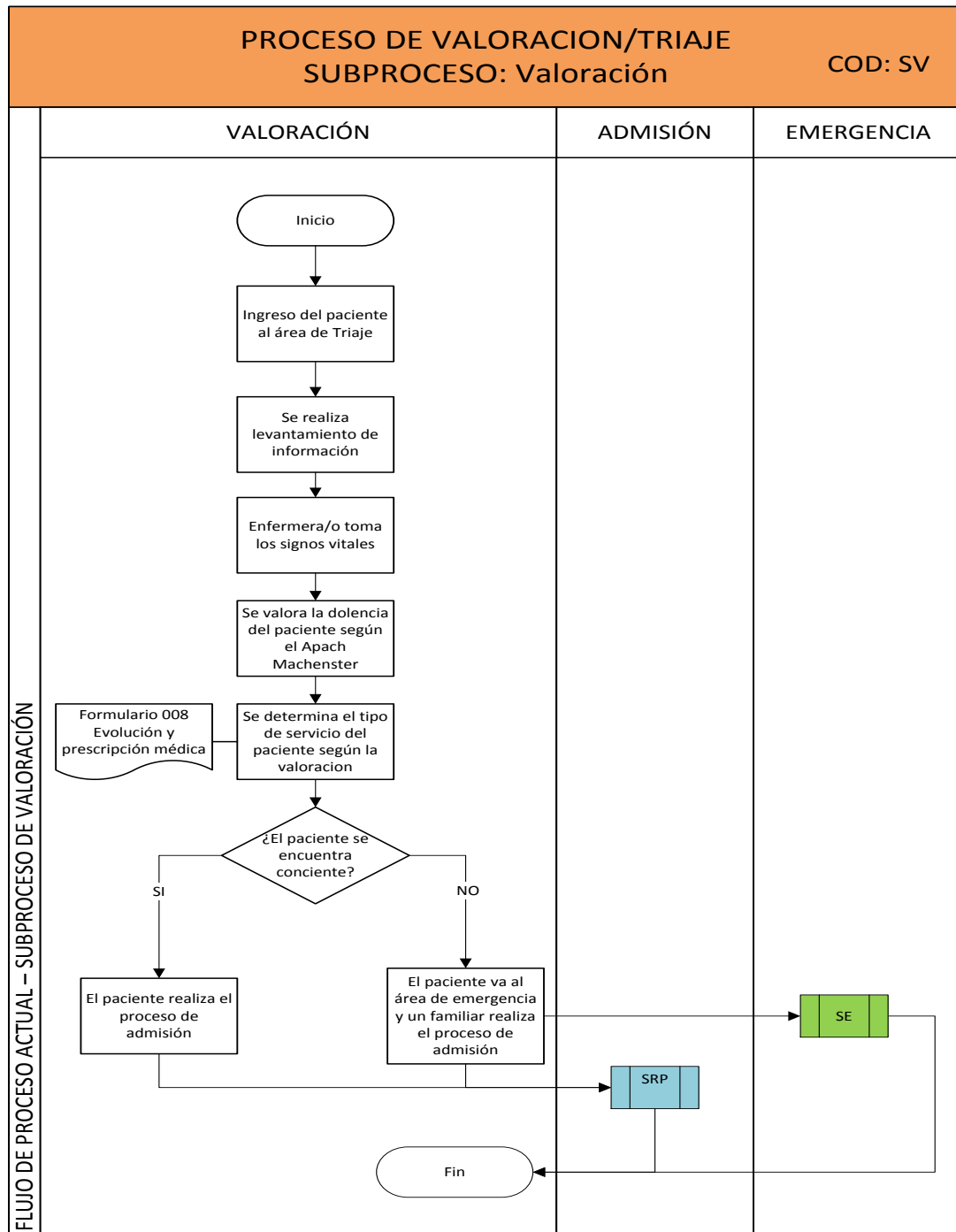
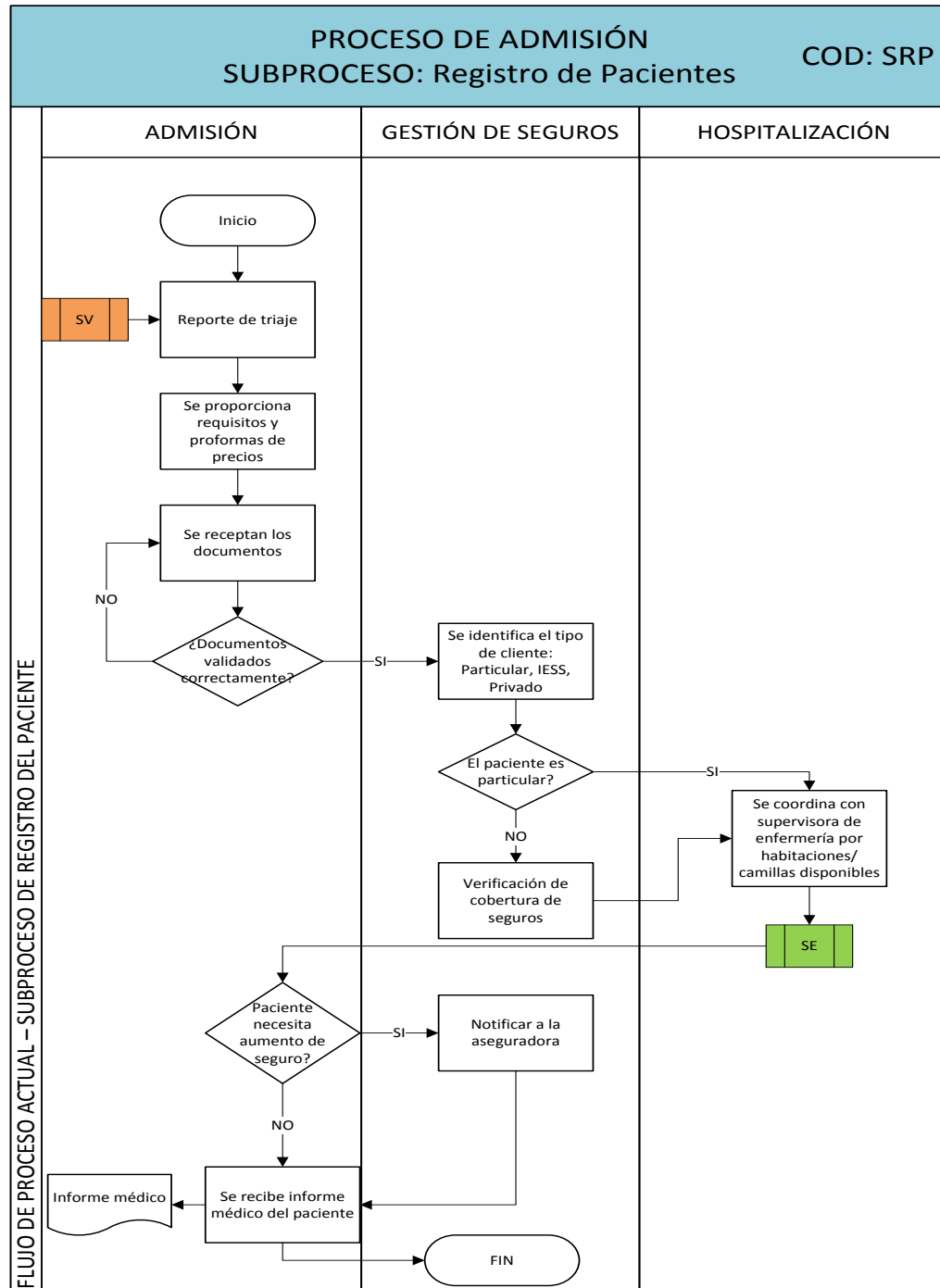


Ilustración 23 Flujo de Subproceso de Valoración

Elaborado por: Los autores

Fuente: Información de la entidad.



FLUJO DE PROCESO ACTUAL – SUBPROCESO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Ilustración 24 Flujo de subproceso Registro de pacientes

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información de la entidad.

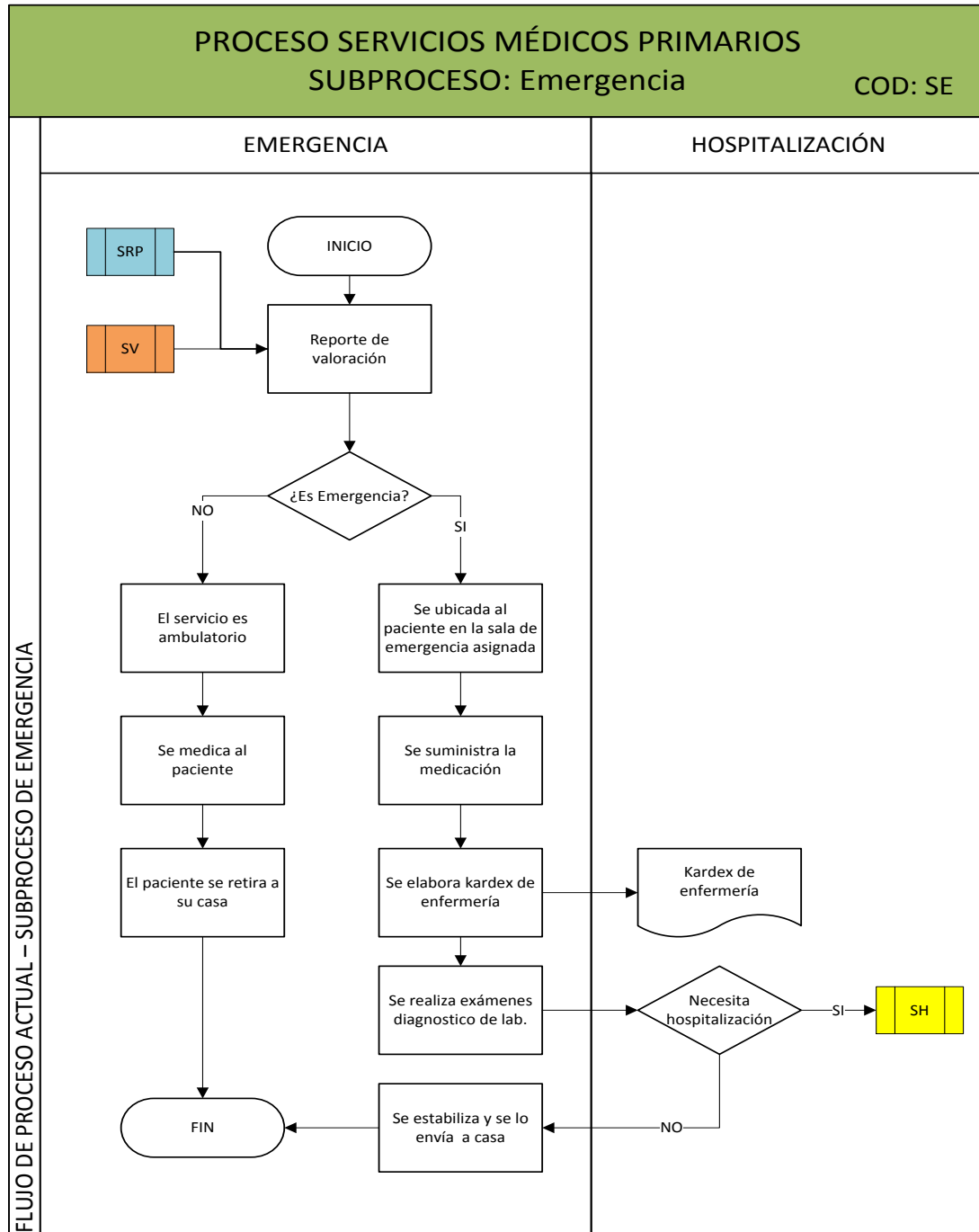


Ilustración 25 Flujo de subproceso Emergencia

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

4.2.3.2. FLUJOS DE PROCESOS MEJORADOS

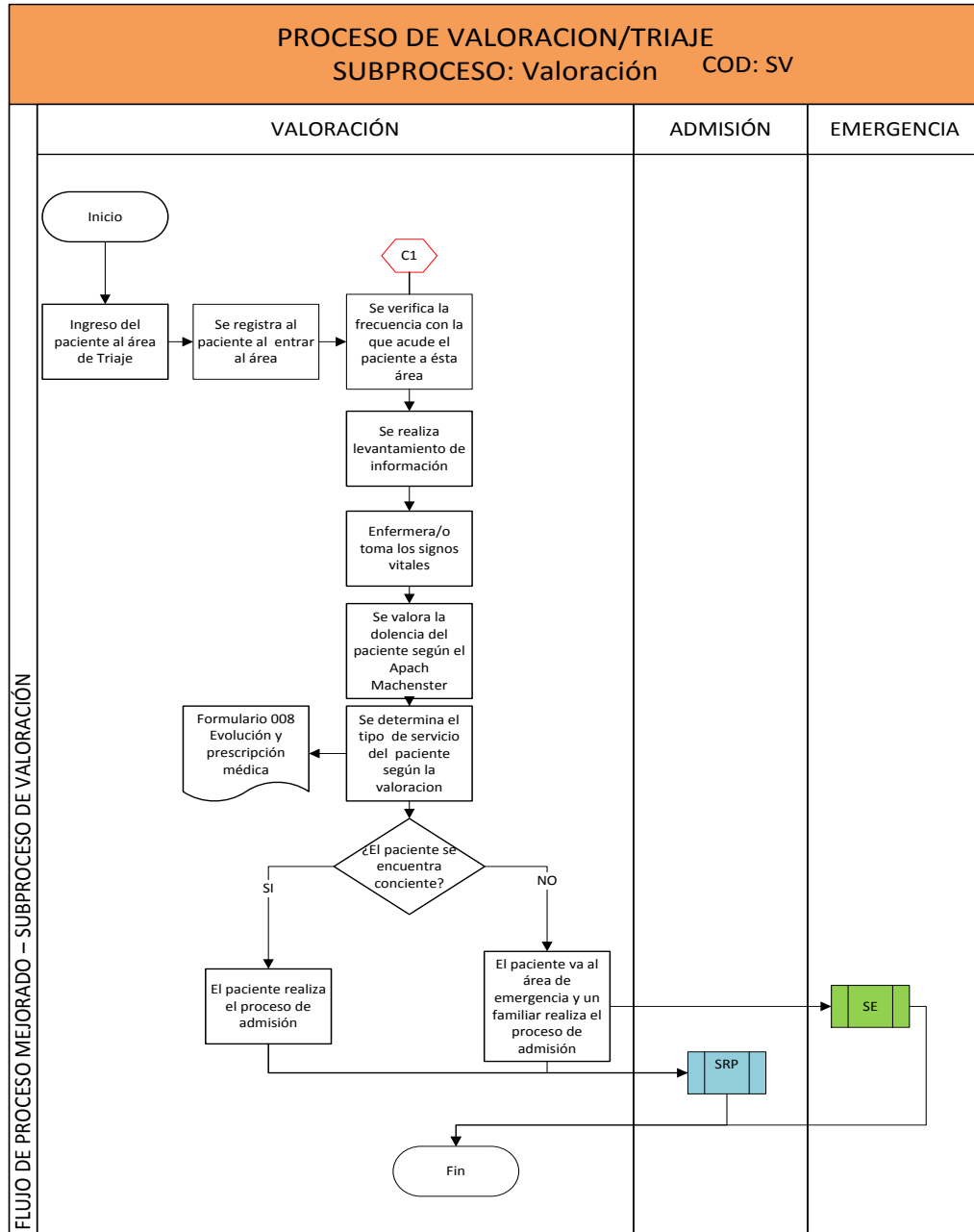


Ilustración 26 Flujo mejorado del subproceso Valoración

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

4.2.3.3. INDICADORES DE GESTIÓN

OBJETIVO DEL SUBPROCESO

Priorizar y clasificar al paciente según su gravedad de manera que se logre la derivación del mismo a los diferentes servicios médicos permitiendo una correcta gestión de manera más rápida y eficaz.

La obtención de los datos se realizó mediante una observación de cuatro semanas, en los siguientes días: de lunes – viernes (18:00-22:00) y sábados (8:00-12:00), y por medio de información proporcionada por personal de la clínica de sus registros de los meses de octubre, noviembre, diciembre y enero.

1. Tiempo de respuesta de Triage

Tabla 20 Indicador. Tiempo de respuesta de Triage

| | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|----------|--------------------------------------|-----|
| Objetivo: Controlar el tiempo en promedio que toma atender la gravedad del paciente desde su llegada a la clínica hasta que sea atendida. | | | | | |
| Tipo: Negativo (-) | Meta: Se recomienda <=10 minutos. | | | | |
| Fórmula | | | | | |
| $\frac{\sum(\text{Hora de valoración} - \text{hora de llegada del paciente})}{\text{Número de pacientes atendidos}}$ | | | | | |
| Resultado Observación | <table border="1"> <tr> <td>Hora/valoración-hora/llegada en min</td> <td>1644 min</td> </tr> <tr> <td>Total pacientes atendidos/Observados</td> <td>120</td> </tr> </table> | Hora/valoración-hora/llegada en min | 1644 min | Total pacientes atendidos/Observados | 120 |
| Hora/valoración-hora/llegada en min | 1644 min | | | | |
| Total pacientes atendidos/Observados | 120 | | | | |
| Análisis: El total de los pacientes atendidos tuvieron que esperar en promedio 14 minutos hasta que puedan ser atendidos para el área de Triage por un personal de la clínica. | | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada en Clínica la Salud

2. Tiempo de duración de Triage

Tabla 21 Indicador. Tiempo de duración de triaje

| | | | | | |
|---|---|-----------------------|------|--------------------------------------|-----|
| Objetivo: Controlar el recurso de tiempo para la atención del servicio, permitiendo que el mismo sea rápido y eficaz para la continuidad del proceso. | | | | | |
| Meta: 5 minutos | Tipo: Negativo (-) | | | | |
| Fórmula: | | | | | |
| $\frac{\sum \text{tiempo que dura el triaje}}{\text{Número de pacientes atendidos en triaje}}$ | | | | | |
| Resultado Observación: | <table border="1"> <tr> <td>Total duración triaje</td> <td>1790</td> </tr> <tr> <td>Total pacientes atendidos/observados</td> <td>120</td> </tr> </table> | Total duración triaje | 1790 | Total pacientes atendidos/observados | 120 |
| Total duración triaje | 1790 | | | | |
| Total pacientes atendidos/observados | 120 | | | | |
| Análisis: Observando a 120 pacientes dentro del área de valoración en el período de observación se constata que en promedio el personal de clínica la salud emplea 15 minutos en realizar la valoración por paciente, lo que se considera ineficiente puesto que el estándar del Apache Manchester considera 5 minutos como suficiente para el mismo, se necesita revisar factores que intervenga en este proceso. | | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada en Clínica la Salud

3. Tasa de abandono de Triage

Tabla 22 Indicador. Tasa de abandono de triaje

| | |
|--|---------------------------|
| Objetivo: Medir la cantidad de usuarios o pacientes que dejan la sala de triaje antes de ser evaluados por el médico de tal manera permita indicar las causas y evitar que ocurran. | |
| Meta: <= 2% del total de pacientes ingresados | Tipo: Negativo (-) |
| Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que abandonan la sala sin ser evaluados}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$ | |
| Resultado Observación: 7 personas abandonaron el lugar. | |
| Análisis: Dentro del total de pacientes que fueron atendidos, se observó que 7 personas se retiraron del lugar antes de que sean atendidos, los cuales representan el 6% como tasa de abandono de triaje. | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la salud

4. Nivel de satisfacción de cliente

Tabla 23 Indicador. Nivel de satisfacción del cliente

| Objetivo: Medir el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de Valoración de Triage. | | | | |
|---|--------------|-------|---------------------------|-----------|
| Meta: Excelente | | | Tipo: Positivo (+) | |
| Resultado Observación: | | | | |
| SERVICIO | CALIFICACIÓN | | | |
| | MALA | BUENA | MUY BUENA | EXCELENTE |
| TRIAJE | 8% | 42% | 42% | 8% |
| Análisis: Como resultado de la encuesta realizada se encuentra que el 40% del total de encuestados califican el servicio como bueno y muy buena, dado por las diferentes causas de enfermedad encontradas en la clínica. | | | | |

Fuente: Información recopilada de Clínica la Salud

5. Cantidad de pacientes en un tiempo determinado

Tabla 24 Indicador. Cantidad de pacientes en un tiempo determinado

| | | |
|---|---------------------------|------------------------------|
| Objetivo: Determinar la cantidad de pacientes que logran ser atendidos en el periodo de tiempo. | | |
| Meta: 12 pacientes | Tipo: Positivo (+) | |
| Fórmula: <i>N° de pacientes que son atendidos en Triage en una hora.</i> | | |
| Resultado Observación: | Horas | Cantidad de pacientes |
| | 1 Hora | 8 |
| | 2 Hora | 6 |
| | 3 Hora | 9 |
| | 4 hora | 10 |
| | 5 hora | 7 |
| Análisis: Mediante la observación realizada en varios días tomando referencia una hora, el promedio de pacientes atendidos son 8 cuando la meta es de 12 pacientes, lo que interviene el factor tiempo en su ejecución para no alcanzar el objetivo. | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la Salud

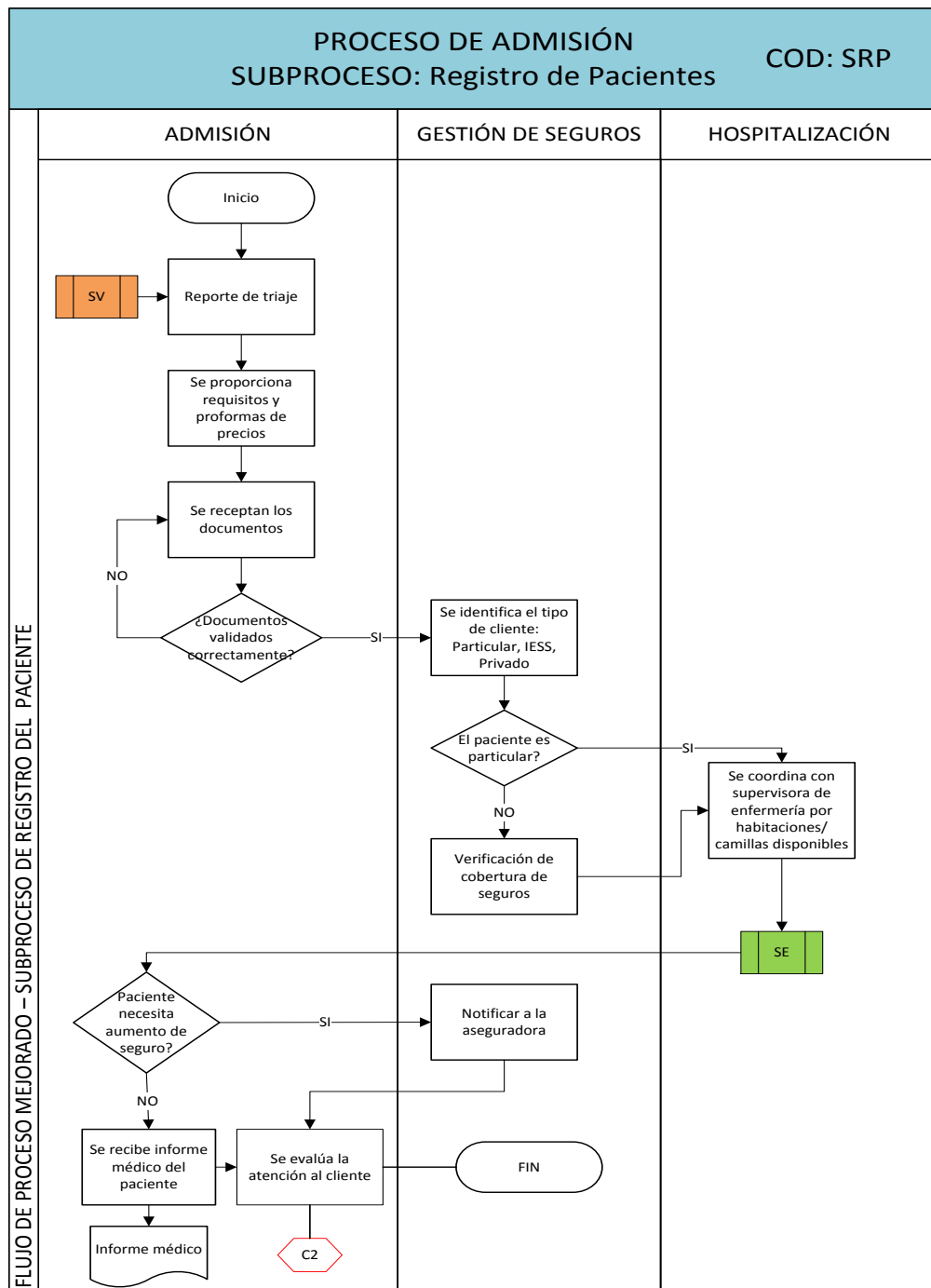


Ilustración 27 Flujo mejorado del subproceso Registro de pacientes

Elaborado por: Los autores

Fuente: Información de la entidad.

INDICADORES DE GESTIÓN

OBJETIVO DEL SUBPROCESO

Establecer una base de los pacientes que ingresan a la clínica mediante una clasificación de los mismos según el tipo de seguro que tenga de manera poder tener un historial según los diversos servicios que se preste.

1. Ingreso de pacientes por tipo de seguro

Tabla 25 Indicador. Ingreso de pacientes por tipo de seguro

| Objetivo: Identificar la cantidad de pacientes que ingresan a Clínica la Salud según su tipo para poder incrementar el nivel de control y lograr un servicio más eficiente y eficaz en cada uno de sus especialidades. | | | | |
|---|--|--------------------|------------|-----------------|
| Meta 1: >30% | Tipo: Positivo (+) | | | |
| Meta 2: <50% | Tipo: Negativo (-) | | | |
| Meta 3: >20% | Tipo: Positivo (+) | | | |
| Fórmula1: | $\frac{N\# \text{ pacientes de seguro privado}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$ | | | |
| Fórmula2: | $\frac{N\# \text{ pacientes de seguro less}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$ | | | |
| Fórmula3: | $\frac{N\# \text{ pacientes particulares sin seguro}}{\text{Total de pacientes}} \times 100$ | | | |
| Resultado información proporcionada: | | | | |
| Mes | Con seguro Privado | Con seguro público | Sin seguro | Total pacientes |
| Octubre | 282 | 1433 | 125 | 1840 |
| Noviembre | 274 | 1391 | 121 | 1786 |
| Diciembre | 221 | 1142 | 97 | 1460 |
| Enero | 250 | 1265 | 109 | 1624 |

Análisis 1: El indicador arrojó un promedio de 15% de los pacientes con seguro privado que son atendidos en la entidad, lo que para la misma no conviene o no es factible por el flujo que ingrese es en menor porcentaje.

Análisis 2: El indicador arrojó muestra que del total de pacientes que son atendidos en clínica la salud el 78% de los mismos corresponden a pacientes con seguro del IESS lo que se encuentra en déficit pues para la organización considera que debe ser <50% por el nivel de flujo que recibirían a corto; de la misma manera la gran afluencia de estos tipos de pacientes generan ineficiencia en los procesos por diversos factores

Análisis 3: El indicador muestra un resultado de 7% de personas que no poseen seguro, resultado que preocupa que puede llegar preocupante a la dirección de la entidad, puesto esta clasificación les traería flujo de manera inmediata.

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la salud

2. Nivel de satisfacción del cliente

Tabla 26 Indicador. Nivel de satisfacción del cliente

| Objetivo: Medir el nivel de satisfacción del usuario o familiar del usuario dentro del subproceso de registro de cliente. | | | | |
|---|--------------|---------------------------|-----------|-----------|
| Meta: Excelente | | Tipo: Positivo (+) | | |
| Resultado Observación: | | | | |
| SERVICIO | CALIFICACIÓN | | | |
| | MALA | BUENA | MUY BUENA | EXCELENTE |
| REGISTRO DE PACIENTE | 8% | 33% | 50% | 8% |
| Análisis: Como resultado de la encuesta realizada se encuentra que el 42% del total de encuestados califican el servicio como bueno y muy buena, lo que hay que buscar las causas para que no se llegue a la meta. | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la salud

3. Promedio del tiempo de atención para registro de pacientes

Tabla 27 Indicador. Promedio del tiempo de atención para registro de pacientes

| | | | | | | |
|--|---|--|-----------------------------------|------|-----------------|----|
| Objetivo: Controlar el recurso de tiempo para la atención del servicio, permitiendo que el mismo sea rápido y eficaz para la continuidad del proceso. | | | | | | |
| Meta: 15 minutos | Tipo: Negativo (-) | | | | | |
| Fórmula: | $\frac{\sum \text{Tiempo que toma el registro de un paciente}}{\text{Total de pacientes atendidos}}$ | | | | | |
| Resultado | <table border="1"> <tr> <td>Total tiempo registro de paciente</td> <td>3703</td> </tr> <tr> <td>Total pacientes</td> <td>98</td> </tr> </table> | | Total tiempo registro de paciente | 3703 | Total pacientes | 98 |
| Total tiempo registro de paciente | 3703 | | | | | |
| Total pacientes | 98 | | | | | |
| Observación: | | | | | | |
| Análisis: Por medio de la observación realizada se concluye que en promedio se registra a los pacientes en un promedio de 38 minutos, lo que resulta excedido en la meta de 15 minutos, claro ejemplo de la inconformidad de los pacientes. | | | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada Clínica la salud

4. Documentación válida

Tabla 28 Indicador. Documentación válida

| | | | | | |
|---|---|---------------------------------|----|---------------------------|----|
| Objetivo: Controlar los documentos que entregan los pacientes proporcionando una correcta información de requisitos para disminuir los errores de los mismo y atraso del servicio. | | | | | |
| Meta: 100% | Tipo: Positivo (+) | | | | |
| Fórmula: | $\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes que entregaron documentacion correcta}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$ | | | | |
| Resultado Observación: | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Cantidad documentación correcta</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Total pacientes atendidos</td> <td>98</td> </tr> </table> | Cantidad documentación correcta | 90 | Total pacientes atendidos | 98 |
| Cantidad documentación correcta | 90 | | | | |
| Total pacientes atendidos | 98 | | | | |
| Análisis: El 92% de los pacientes entregaron la documentación correcta para el proceso de registro de paciente. | | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la Salud

5. Nivel de aumento de cobertura

Tabla 29 Indicador. Nivel de aumento de cobertura

| | | | | |
|---|--------------|---|---------------------------|-----------------|
| Objetivo: Identificar la necesidad de hacer uso de un aumento de cobertura del seguro para poder atender a los pacientes que estén asegurados. Conocer la frecuencia relativa con la que se dan los aumentos de cobertura. | | | | |
| Meta: <40% | | Tipo: Negativo (-) | | |
| Fórmula: | | $\frac{N^{\circ} \text{ de casos con aumento de cobertura}}{\text{Total de casos atendidos}(\text{seguro privado})} \times 100$ | | |
| Resultado Observación: | | | | |
| | Meses | Casos atendidos - privados | Pedidos de aumento | Promedio |
| | Octubre | 282 | 152 | 0,54 |
| | Noviembre | 274 | 165 | 0,60 |
| | Diciembre | 221 | 119 | 0,54 |
| | Enero | 250 | 150 | 0,60 |
| Análisis: El promedio de aumento de nivel de cobertura es el 57%, siendo este indicador un factor externo puesto que depende de la negociación que tenga la aseguradora con el paciente en pro de sus beneficios. | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la Salud

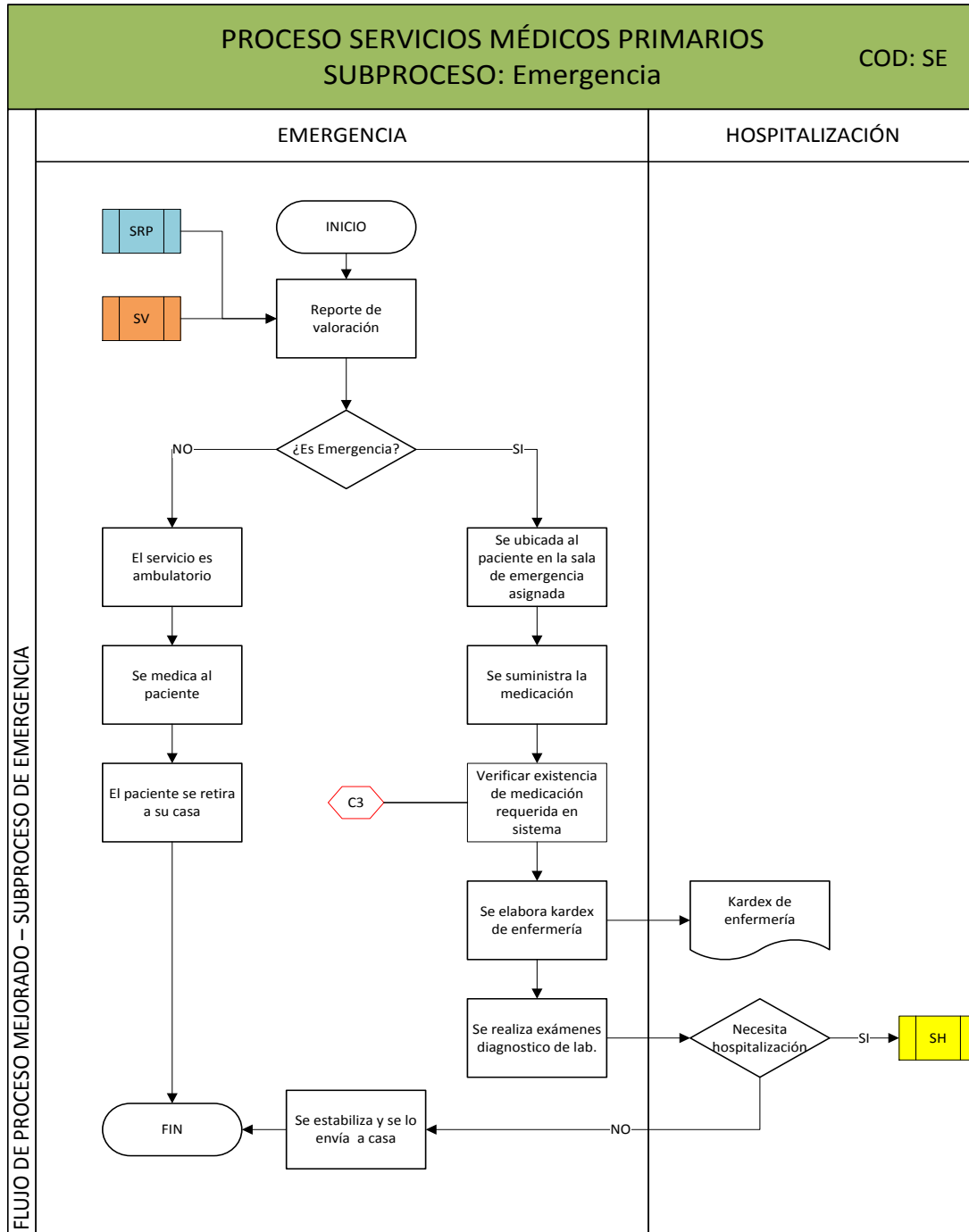


Ilustración 28 Flujo mejorado del subproceso Emergencia
Elaborado por: Las autores **Fuente:** Información de la entidad.

INDICADORES DE GESTIÓN

OBJETIVO DEL SUBPROCESO

Brindar toda la atención médica de calidad necesaria para poder estabilizar al paciente, y disminuir cualquier riesgo de mortalidad.

INDICADORES

1. Tiempo de atención en emergencia de pacientes con prioridad Tipo I

Tabla 30 Indicador. Tiempo de atención en emergencia de pacientes Tipo I

| | | | | |
|---|-------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------|
| Objetivo: Controlar el tiempo en promedio que toma atender la condición del paciente que pasa a reanimación desde su llegada al área de emergencia hasta que sea atendida por el especialista. | | | | |
| Tipo: Negativo (-) | | Meta: Inmediata | | |
| Fórmula | | | | |
| $\frac{\sum(\text{Hora de atención} - \text{Hora de llegada a emergencia})}{\text{Total pacientes enviados a emergencia}}$ | | | | |
| Resultado Observación | | | | |
| | Servicio | Total pacientes | Tiempo de espera | Promedio |
| | Tipo I : Reanimación | 22 | 13 | 0,59 |
| Análisis: Mediante la observación realizada se constata que los pacientes con urgencia de atención considerados de tipo I son atendidos de manera Inmediata, lo que permite brindar una pronta ayuda al paciente hasta llegar a salvarlo de la muerte. | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada Clínica La Salud

2. Tiempo de atención en emergencia de pacientes con prioridad Tipo II

Tabla 31 Indicador. Tiempo de atención en emergencia de pacientes tipo I

| | | | |
|---|------------------------|---------------------------|-----------------|
| Objetivo: Controlar el tiempo en promedio que toma atender la condición del paciente que pasa a Cuidados Intermedios desde su llegada al área de emergencia hasta que sea atendida por el especialista. | | | |
| Meta: 10 Minutos | | Tipo: Negativo (-) | |
| Fórmula | | | |
| $\frac{\sum(\text{Hora de atención} - \text{Hora de llegada a emergencia})}{\text{Total pacientes enviados a emergencia}}$ | | | |
| Resultado Observación | | | |
| Servicio | Total pacientes | Tiempo de espera | Promedio |
| Tipo II: Cuidad Intermedios | 38 | 511 min | 13,45 |
| Análisis: Se evidencia una dificultad en la atención de los pacientes que no tengan complicación grave, debido a que el promedio de atención es de 13-14 minutos, incumpliendo con el marco de referencia impuesto por el IESS para una atención eficaz. | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la salud

3. Tiempo de atención en emergencia de pacientes con prioridad Tipo III

Tabla 32 Indicador. Tiempo de atención en emergencia de pacientes tipo III

| Objetivo: Controlar el tiempo en promedio que toma atender la condición del paciente que pasa a cubículos desde su llegada al área de emergencia hasta que sea atendida por el especialista. | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------------|----------|----------|-----------------|------------------|----------|---------------------|----|------------|------|
| Meta: <= 3 horas | | Tipo: Negativo (-) | | | | | | | | | |
| Fórmula | | | | | | | | | | | |
| $\frac{\sum(\text{Hora de atención} - \text{Hora de llegada a emergencia})}{\text{Total pacientes enviados a emergencia}}$ | | | | | | | | | | | |
| Resultado Observación | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Servicio</th> <th>Total pacientes</th> <th>Tiempo de espera</th> <th>Promedio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tipo III: Cubículos</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">82,9 horas</td> <td style="text-align: center;">2,51</td> </tr> </tbody> </table> | | | | Servicio | Total pacientes | Tiempo de espera | Promedio | Tipo III: Cubículos | 33 | 82,9 horas | 2,51 |
| Servicio | Total pacientes | Tiempo de espera | Promedio | | | | | | | | |
| Tipo III: Cubículos | 33 | 82,9 horas | 2,51 | | | | | | | | |
| Análisis: La atención para los pacientes que no tienen demasiada complicación en su salud se encuentra dentro del margen de lo aceptable, siendo el promedio en horas de 2.51. | | | | | | | | | | | |

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada Clínica la salud

4. Derivación al área de hospitalización

Tabla 33 Indicador. Derivación al área de hospitalización

| | |
|---|---------------------------|
| Objetivo: Identificar la cantidad de pacientes que son derivados de emergencia al área de hospitalización en un periodo determinado. | |
| Meta: 50% | Tipo: Positivo (+) |
| Fórmula: | |
| $\frac{\text{N\# pacientes derivados a hospitalización}}{\text{Total de pacientes de emergencia}} \times 100$ | |

Resultado Observación:

| Meses | Total pacientes | Cant. derivados a hospitalización |
|-----------|-----------------|-----------------------------------|
| Octubre | 1836 | 658 |
| Noviembre | 1786 | 642 |
| Diciembre | 1460 | 537 |
| Enero | 1624 | 598 |

Análisis: El 36% de los pacientes que ingresan a emergencia llegan a ser derivados a hospitalización, lo que para clínica la salud, llega a ser preocupante ya que este proceso genera mayor ingresos a la misma, pero de la cual no se puede tomar acciones ya que no se puede perjudicar la salud del paciente.

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada Clínica la salud

5. Promedio de estancia en Hospitalización

Tabla 34 Indicador. Promedio de estancia en Hospitalización

Objetivo: Medir el nivel de giro de cama en hospitalización de manera que permita llevarse un control en la disponibilidad de recursos para su atención.

Meta: 3 días

Tipo: Negativo (-)

Fórmula:

$$\frac{\# \text{ de días de permanencia en hospitalización}}{\text{Total de pacientes hospitalizados}}$$

Resultado Observación:

| Meses | Total pacientes hospitalizados | Días de hospitalización | Promedio |
|-----------|--------------------------------|-------------------------|----------|
| Octubre | 654 | 2935 | 4,49 |
| Noviembre | 638 | 2874 | 4,50 |
| Diciembre | 533 | 2496 | 4,68 |
| Enero | 594 | 2708 | 4,56 |

Análisis: Según la información proporcionada por la clínica el promedio de estancia en hospitalización de los pacientes es de 4 días lo que afecta la disponibilidad del dinero, pues se invierte más en atender el giro de cama y se demora el cobro puesto que los pacientes son los del IESS.

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada Clínica la salud

6. Promedio de permanencia en observación de emergencia

Tabla 35 Indicador. Promedio de permanencia en observación de emergencia

Objetivo: Evaluar el grado de aprovechamiento del uso de las camas dentro del servicio de emergencia de manera que no sobrepase el tiempo máximo de uso, que permitirá identificar problemas en las áreas.

Meta: < 3 horas

Tipo: Negativo (-)

Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de horas de estancia de los ingresos de emergencia en un periodo de tiempo}}{N^{\circ} \text{ de ingresos de pacientes a la emergencia en el mismo periodo}}$$

Resultado Observación:

| Meses | Total pacientes en emergencia | Tiempo de permanencia | Promedio |
|-----------|-------------------------------|-----------------------|----------|
| Octubre | 576 | 1774 | 3,08 |
| Noviembre | 550 | 1671 | 3,04 |
| Diciembre | 452 | 1386 | 3,07 |
| Enero | 504 | 1526 | 3,03 |

Análisis: Mediante la información proporcionada se obtiene que el promedio de permanencia de observación en emergencia de los pacientes es de 3 horas, lo que resulta favorable por el espacio físico que se encuentra disponible permita que pueda cubrir la demanda de pacientes.

Elaborado por: Las autoras

Fuente: Información recopilada de Clínica la salud

4.2.4. ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|---|---|---|---|---|------------------|---------|
| | | | | | | | | PROCESO: Valoración (traje) SUBPROCESO: Valoración (traje) | FECHA: | |
| VAR (Real) | | | SVA (Sin valor agregado) | | | | | | | |
| No. | V.A.C. | V.A.E. | P | E | M | I | A | ACTIVIDAD | TIEMPO EF. (min) | |
| 1 | | | | x | | | | INGRESO DEL PACIENTE AL ÁREA DE TRIAJE | 3 | |
| 2 | | | | | | | x | SE REALIZA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN | 3 | |
| 3 | x | | | | | | | ENFERMERA TOMA SIGNOS VITALES | 10 | |
| 4 | x | | | | | | | VALORA LA DOLENCIA DEL PACIENTE SEGÚN EL APACH | 2 | |
| 5 | | x | | | | | | SE DETERMINA EL TIPO DE SERVICIO SEGÚN VALORACIÓN | 2 | |
| 6 | | | | | x | | | SE DERIVA AL PROCESO DE ADMISIÓN | 3 | |
| TIEMPOS TOTALES | | | | | | | | | 23 | |
| COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES | | | | | | | | MÉTODO ACTUAL | | |
| | | | | | | | | N° | Tiempo | % |
| V.A.C. | VALOR AGREGADO | | | | | | | 2 | 12 | 52,17% |
| V.A.E. | VALOR AGREGADO | | | | | | | 1 | 2 | 8,70% |
| P | PREPARACION | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| E | ESPERA | | | | | | | 1 | 3 | 13,04% |
| M | MOVIMIENTO | | | | | | | 1 | 3 | 13,04% |
| I | INSPECCION | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| A | ARCHIVO | | | | | | | 1 | 3 | 13,04% |
| TT | TOTAL | | | | | | | 6 | 23 | 100,00% |
| VA | VALOR AGREGADO | | | | | | | 3 | 14 | 60,87% |
| SVA | SIN VALOR AGREGADO | | | | | | | 3 | 9 | 39,13% |

Ilustración 29 Análisis de Valor Agregado Flujo Actual Subproceso Valoración

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------|-----------------|---------------|--------|--------|---|---|------------------|---------------|
| | | | | | | | | PROCESO: Valoración (triaje) SUBPROCESO: Valoración (triaje) | | FECHA: |
| VAR (Real) | | | SVA (Sin valor) | | | | | | | |
| No. | V.A.C. | V.A.E. | P | E | M | I | A | ACTIVIDAD | TIEMPO EF. (min) | |
| 1 | | | | x | | | | INGRESO DEL PACIENTE AL ÁREA DE TRIAJE | 3 | |
| 2 | | x | | | | | | SE REGISTRA AL PACIENTE AL ENTRAR AL ÁREA | 2 | |
| 3 | | | | | | x | | SE VERIFICA LA FRECUENCIA CON LA QUE ACUDE EL | 2 | |
| 4 | | | | | | | x | SE REALIZA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN | 3 | |
| 5 | x | | | | | | | ENFERMERA TOMA SIGNOS VITALES | 5 | |
| 6 | x | | | | | | | VALORA LA DOLENCIA DEL PACIENTE SEGÚN EL | 2 | |
| 7 | | x | | | | | | SE DETERMINA EL TIPO DE SERVICIO SEGÚN | 2 | |
| 8 | | | | | x | | | SE DERIVA AL PROCESO DE ADMISIÓN | 3 | |
| TIEMPOS TOTALES | | | | | | | | | 22 | |
| COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES | | | | MÉTODO ACTUAL | | | | | | |
| | | | | Nº | Tiempo | % | | | | |
| V.A.C. | VALOR AGREGADO | | | 2 | 7 | 31,82% | | | | |
| V.A.E. | VALOR AGREGADO | | | 2 | 4 | 18,18% | | | | |
| P | PREPARACION | | | 0 | 0 | 0,00% | | | | |
| E | ESPERA | | | 1 | 3 | 13,64% | | | | |
| M | MOVIMIENTO | | | 1 | 3 | 13,64% | | | | |
| I | INSPECCION | | | 1 | 2 | 9,09% | | | | |
| A | ARCHIVO | | | 1 | 3 | 13,64% | | | | |
| TT | TOTAL | | | 8 | 22 | 100% | | | | |
| VA | VALOR AGREGADO | | | 4 | 11 | 50,00% | | | | |
| SVA | SIN VALOR | | | 4 | 11 | 50,00% | | | | |

Ilustración 30 Análisis de Valor Agregado Flujo Mejorado Subproceso Valoración

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

Tabla 36 Resultados AVA Subproceso de Valoración

| Actual | | | Mejorado | | |
|--------------------|--|--------|--------------------|--|--------|
| Con Valor Agregado | | 60,87% | Con Valor Agregado | | 50,00% |
| Sin Valor Agregado | | 39,13% | Sin Valor Agregado | | 50,00% |

Elaborado por: Las autoras

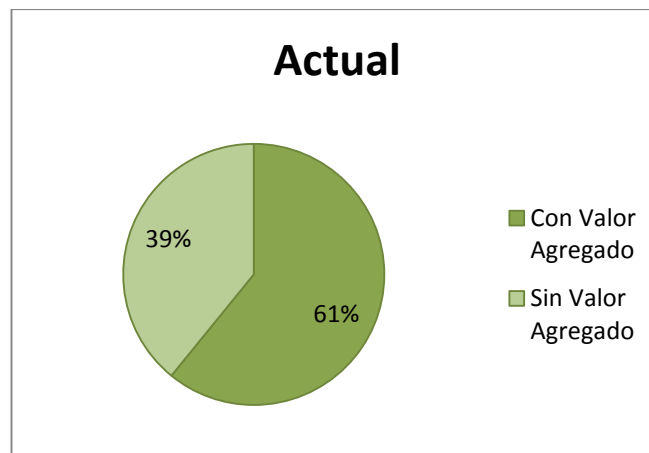
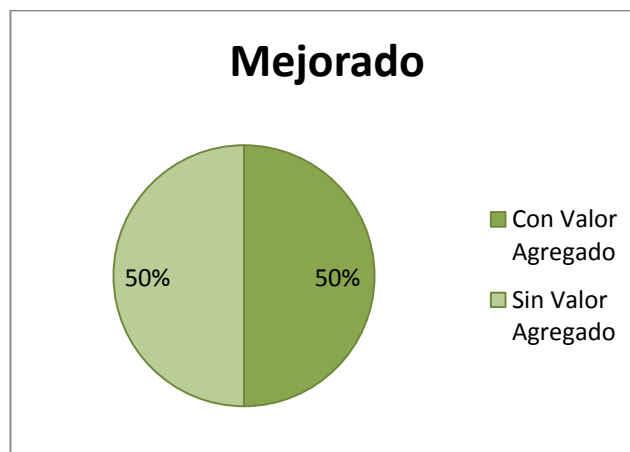
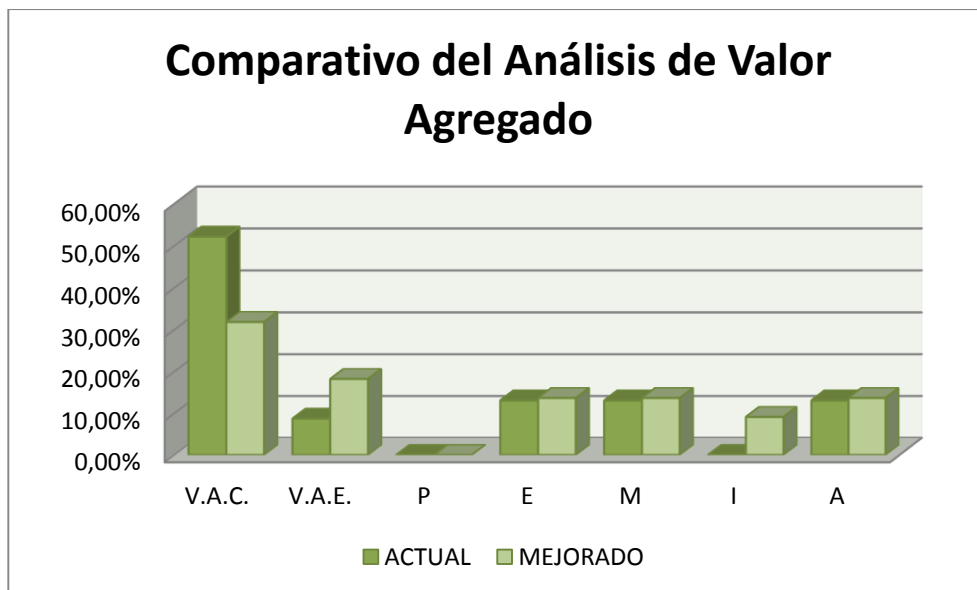
**Ilustración 31** Resultado AVA Actual Subproceso de Valoración**Ilustración 32** Resultado AVA Mejorado Subproceso de Valoración

Tabla 37 Porcentaje del AVA Subproceso de Valoración

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|
| SIGLAS | ACTUAL | MEJORADO |
| V.A.C. | 52,17% | 31,82% |
| V.A.E. | 8,70% | 18,18% |
| P | 0,00% | 0,00% |
| E | 13,04% | 13,64% |
| M | 13,04% | 13,64% |
| I | 0,00% | 9,09% |
| A | 13,04% | 13,64% |

Elaborado por: Las autoras

**Ilustración 33** Porcentajes del AVA Subproceso de Valoración

Elaborado por: Las autoras

Como se puede observar en el gráfico comparativo del Análisis de Valor Agregado, se redujo el porcentaje de actividades que agregan valor de 60,87% a 50%, y se incrementó el porcentaje de actividades que no agregan valor de un 39,13% a un 50%, pero esto se debe a que en el subproceso de valoración, se identificó la necesidad de agregar dos actividades, la primera sirve para agregar valor a la empresa, ayudando a conservar un registro de los pacientes que acuden a la clínica y son valorados, previos a recibir cualquier tipo de atención médica; y la segunda actividad es netamente para control de la frecuencia con la que se atiende a un paciente, sirviendo esto para considerar posibles casos de personas que acuden de manera deshonesto para obtener certificados médicos, obstruyendo el funcionamiento normal de las actividades en el área. Además se redujo el tiempo de toma de signos vitales, pues el estándar internacional *Apache de Manchester* indica que debería ser sólo 5 minutos, para atender al paciente en la brevedad posible y evitar riesgos de mortalidad.

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|----|--------|---------|---|--|------------------|---------------|
| | | | | | | | | PROCESO: Admisión SUBPROCESO: Registro del paciente | | FECHA: |
| VAR (Real) | | | SVA (Sin valor agregado) | | | | | | | |
| No. | V.A.C. | V.A.E. | P | E | M | I | A | ACTIVIDAD | TIEMPO EF. (min) | |
| 1 | | x | | | | | | RECIBE REPORTE DE TRIAJE A PERSONA ENCARGADA | 2 | |
| 2 | x | | | | | | | PROPORCIONA REQUISITOS Y PROFORMAS DE PRECIOS | 4 | |
| 3 | | | | | | | x | SE RECEPTAN DOCUMENTOS | 3 | |
| 4 | | x | | | | | | SE IDENTIFICA EL TIPO DE CLIENTE | 3 | |
| 5 | | | | | | x | | SE VERIFICA LA COBERTURA DEL SEGURO | 5 | |
| 6 | x | | | | | | | SE COORDINA CON SUPERVISORA DE ENFERMERÍA | 3 | |
| 7 | x | | | | | | | SE COORDINA AUMENTO DE SEGURO | 15 | |
| 8 | | | | | | | x | RECIBE INFORME MEDICO DEL PACIENTE | 3 | |
| TIEMPOS TOTALES | | | | | | | | | 38 | |
| COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES | | | | | | | | METODO ACTUAL | | |
| | | | | N° | Tiempo | % | | | | |
| V.A.C. | VALOR AGREGADO | | | 3 | 22 | 57,89% | | | | |
| V.A.E. | VALOR AGREGADO | | | 2 | 5 | 13,16% | | | | |
| P | PREPARACION | | | 0 | 0 | 0,00% | | | | |
| E | ESPERA | | | 0 | 0 | 0,00% | | | | |
| M | MOVIMIENTO | | | 0 | 0 | 0,00% | | | | |
| I | INSPECCION | | | 1 | 5 | 13,16% | | | | |
| A | ARCHIVO | | | 2 | 6 | 15,79% | | | | |
| TT | TOTAL | | | 8 | 38 | 100,00% | | | | |
| VA | VALOR AGREGADO | | | 5 | 27 | 71,05% | | | | |
| SVA | SIN VALOR AGREGADO | | | 3 | 11 | 28,95% | | | | |

Ilustración 34 Análisis de Valor Agregado Flujo Actual Subproceso Registro del paciente

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------|--------|---------------------------|---|---|---|---|--|------------------|---------------|
| | | | | | | | | PROCESO: Admisión SUBPROCESO: Registro del paciente | | FECHA: |
| VAR (Real) | | | SVA (Sin valor agregado) | | | | | | | |
| No. | V.A.C. | V.A.E. | P | E | M | I | A | ACTIVIDAD | TIEMPO EF. (min) | |
| 1 | x | | | | | | | RECIBE REPORTE DE TRIAJE | 2 | |
| 2 | x | | | | | | | PROPORCIONA REQUISITOS Y PROFORMAS | 4 | |
| 3 | | | | | | | x | SE RECEPTAN DOCUMENTOS | 3 | |
| 4 | | x | | | | | | SE IDENTIFICA EL TIPO DE CLIENTE | 3 | |
| 5 | | | | | | x | | SE VERIFICA LA COBERTURA DEL SEGURO | 5 | |
| 6 | x | | | | | | | SE COORDINA CON SUPERVISORA DE | 3 | |
| 7 | x | | | | | | | SE COORDINA AUMENTO DE SEGURO | 15 | |
| 8 | | | | | | | x | RECIBE INFORME MEDICO DEL PACIENTE | 3 | |
| 9 | | x | | | | | | SE EVALUA LA ATENCION AL CLIENTE | 3 | |
| TIEMPOS TOTALES | | | | | | | | | 41 | |
| COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES | | | | | | | | METODO ACTUAL | | |
| | | | | | | | | N° | Tiempo | % |
| V.A.C. | | | VALOR AGREGADO | | | | | 4 | 24 | 58,54% |
| V.A.E. | | | VALOR AGREGADO | | | | | 2 | 6 | 14,63% |
| P | | | PREPARACION | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| E | | | ESPERA | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| M | | | MOVIMIENTO | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| I | | | INSPECCION | | | | | 1 | 5 | 12,20% |
| A | | | ARCHIVO | | | | | 2 | 6 | 14,63% |
| TT | | | TOTAL | | | | | 9 | 41 | 100% |
| VA | | | VALOR AGREGADO | | | | | 6 | 30 | 73,17% |
| SVA | | | SIN VALOR AGREGADO | | | | | 3 | 11 | 26,83% |

Ilustración 35 Análisis de Valor Agregado Flujo Mejorado Subproceso Registro del paciente

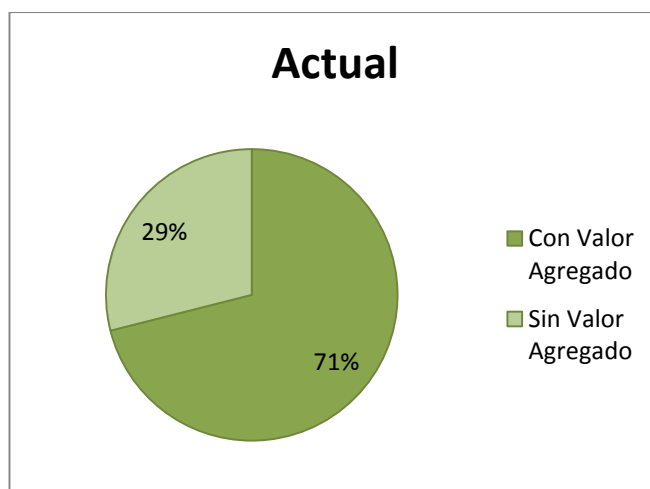
Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

Tabla 38 Resultados AVA Subproceso de Registro del paciente

| Actual | | | Mejorado | | |
|--------------------|--------|---------------------------|-----------------------|--------|--|
| Con Valor Agregado | 71,05% | Con Agregado | Valor Agregado | 73,17% | |
| Sin Valor Agregado | 28,95% | Sin Valor Agregado | | 26,83% | |

Elaborado por: Las autoras

**Ilustración 36** Resultado AVA Actual Subproceso de Registro del paciente

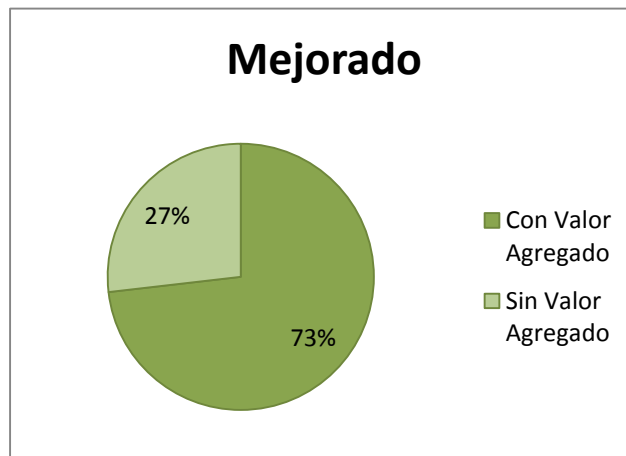


Ilustración 37 Resultado AVA Mejorado Subproceso de Registro del paciente

Elaborado por: Las autoras

Tabla 39 Porcentaje del AVA Subproceso de Registro del paciente

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|
| SIGLAS | ACTUAL | MEJORADO |
| V.A.C. | 57,89% | 58,54% |
| V.A.E. | 13,16% | 14,63% |
| P | 0,00% | 0,00% |
| E | 0,00% | 0,00% |
| M | 0,00% | 0,00% |
| I | 13,16% | 12,20% |
| A | 15,79% | 14,63% |

Elaborado por: Las autoras

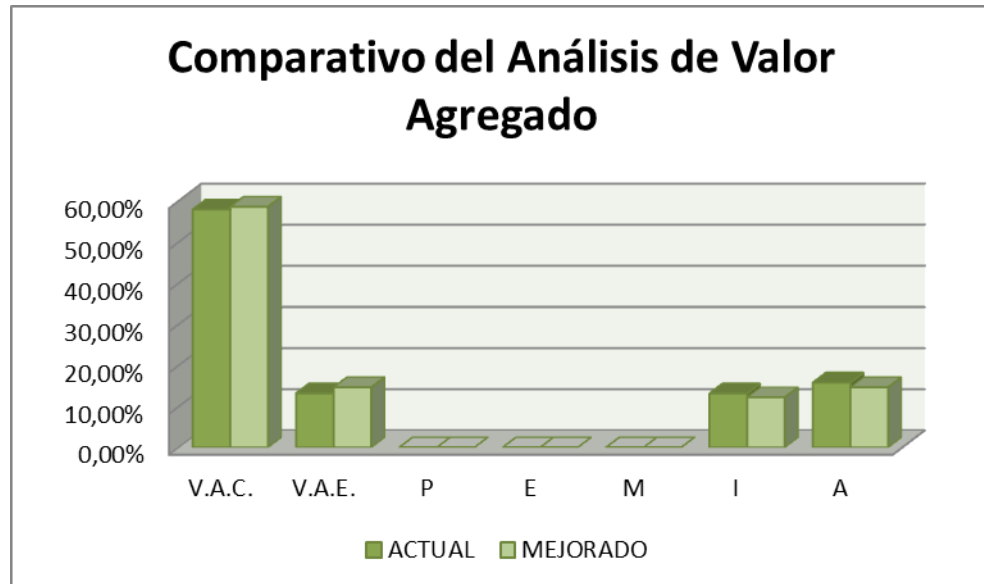


Ilustración 38 Porcentajes del AVA Subproceso de Registro del paciente

Como se puede observar en el gráfico comparativo del Análisis de Valor Agregado, se incrementó el porcentaje de actividades que agregan valor de 71,05% a 73,17%, y se redujo el porcentaje de actividades que no agregan valor de un 28,95% a un 26,83%, pero esto se debe a que en el subproceso de registro del paciente, se agregó una actividad que consiste en evaluar la atención al cliente, para agregar valor a la empresa retroalimentándose de la opinión que tienen sus pacientes o familiares sobre el servicio que brinda la clínica.

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|---|---|---|---|--|------------------|---------|
| | | | | | | | PROCESO: SERVICIO MÉDICO PRIMARIO SUBPROCESO: EMERGENCIA | | FECHA: | |
| VAR (Real) | | | SVA (Sin valor agregado) | | | | | | | |
| No. | V.A.C. | V.A.E. | P | E | M | I | A | ACTIVIDAD | TIEMPO EF. (min) | |
| 1 | | | | | | | x | RECIBE REPORTE DE VALORACIÓN | 2 | |
| 2 | | | | | x | | | SE UBICA AL PACIENTE EN LA SALA DE EMERGENCIA ASIGNADA | 3 | |
| 3 | x | | | | | | | SE SUMINISTRA MEDICACIÓN | 60 | |
| 4 | | | x | | | | | SE ELABORA KARDEX DE ENFERMERÍA | 5 | |
| 5 | x | | | | | | | SE REALIZA DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES | 30 | |
| 6 | | | | | x | | | SE LO DERIVA A HOSPITALIZACIÓN DE SER NECESARIO | 5 | |
| 7 | x | | | | | | | SE ESTABILIZA AL PACIENTE Y SE LO ENVÍA A CASA | 30 | |
| TIEMPOS TOTALES | | | | | | | | | 135 | |
| COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES | | | | | | | | MÉTODO ACTUAL | | |
| | | | | | | | | N° | Tiempo | % |
| V.A.C. | VALOR AGREGADO | | | | | | | 3 | 120 | 88,89% |
| V.A.E. | VALOR AGREGADO | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| P | PREPARACION | | | | | | | 1 | 5 | 3,70% |
| E | ESPERA | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| M | MOVIMIENTO | | | | | | | 2 | 8 | 5,93% |
| I | INSPECCION | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| A | ARCHIVO | | | | | | | 1 | 2 | 1,48% |
| TT | TOTAL | | | | | | | 7 | 135 | 100,00% |
| VA | VALOR AGREGADO | | | | | | | 3 | 120 | 88,89% |
| SVA | SIN VALOR AGREGADO | | | | | | | 4 | 15 | 11,11% |

Ilustración 39 Análisis de Valor Agregado Flujo Actual Subproceso Emergencia

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|---|---------------|---|---|---|------------------|---------------|
| | | | | | | | | PROCESO: SERVICIO MÉDICO PRIMARIO SUBPROCESO: EMERGENCIA | | FECHA: |
| VAR (Real) | | | SVA (Sin valor agregado) | | | | | | | |
| No. | V.A.C. | V.A.E. | P | E | M | I | A | ACTIVIDAD | TIEMPO EF. (min) | |
| 1 | | | | | | | x | RECIBE REPORTE DE VALORACIÓN | 2 | |
| 2 | | | | | x | | | SE UBICA AL PACIENTE EN LA SALA DE | 3 | |
| 3 | | | | | | x | | VERIFICAR EXISTENCIA DE LA MEDICACIÓN | 5 | |
| 4 | x | | | | | | | SE SUMINISTRA MEDICACIÓN | 60 | |
| 5 | | | x | | | | | SE ELABORA KARDEX DE ENFERMERÍA | 5 | |
| 6 | x | | | | | | | SE REALIZA DIAGNÓSTICO DE IMÁGENES | 30 | |
| 7 | | | | | x | | | SE LO DERIVA A HOSPITALIZACIÓN DE SER | 5 | |
| 8 | x | | | | | | | SE ESTABILIZA AL PACIENTE Y SE LO ENVÍA | 30 | |
| TIEMPOS TOTALES | | | | | | | | | 140 | |
| COMPOSICIÓN DE ACTIVIDADES | | | | | MÉTODO ACTUAL | | | | | |
| | | | | | | | | N° | Tiempo | % |
| V.A.C. | VALOR AGREGADO | | | | | | | 3 | 120 | 85,71% |
| V.A.E. | VALOR AGREGADO | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| P | PREPARACION | | | | | | | 1 | 5 | 3,57% |
| E | ESPERA | | | | | | | 0 | 0 | 0,00% |
| M | MOVIMIENTO | | | | | | | 2 | 8 | 5,71% |
| I | INSPECCION | | | | | | | 1 | 5 | 3,57% |
| A | ARCHIVO | | | | | | | 1 | 2 | 1,43% |
| TT | TOTAL | | | | | | | 8 | 140 | 100% |
| VA | VALOR AGREGADO | | | | | | | 3 | 120 | 85,71% |
| SVA | SIN VALOR AGREGADO | | | | | | | 5 | 20 | 14,29% |

Ilustración 40 Análisis de Valor Agregado Flujo Mejorado Subproceso Emergencia

Elaborado por: Las autores

Fuente: Información de la entidad.

Tabla 40 Resultados AVA Subproceso de Emergencia

| Actual | | | Mejorado | | |
|--------------------|--------|--|--------------------|--------|--|
| Con Valor Agregado | 88,89% | | Con Valor Agregado | 85,71% | |
| Sin Valor Agregado | 11,11% | | Sin Valor Agregado | 14,29% | |

Elaborado por: Las autoras

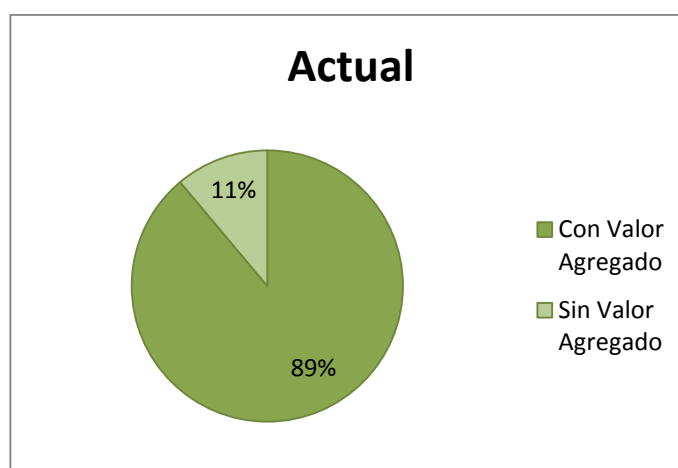
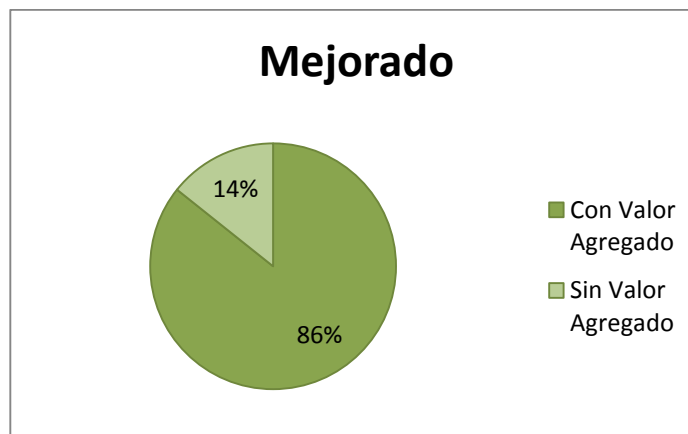
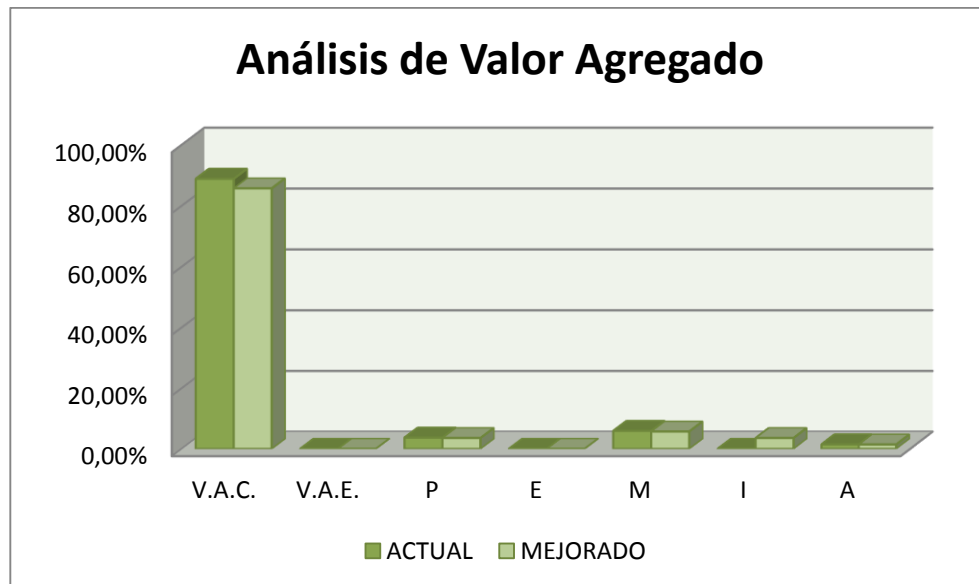
**Ilustración 41** Resultado AVA Actual Subproceso de Emergencia**Ilustración 42** Resultado AVA Mejorado Subproceso de Emergencia

Tabla 41 Porcentajes del AVA Subproceso de Emergencia

| ANÁLISIS DE VALOR AGREGADO | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|
| SIGLAS | ACTUAL | MEJORADO |
| V.A.C. | 88,89% | 85,71% |
| V.A.E. | 0,00% | 0,00% |
| P | 3,70% | 3,57% |
| E | 0,00% | 0,00% |
| M | 5,93% | 5,71% |
| I | 0,00% | 3,57% |
| A | 1,48% | 1,43% |

Elaborado por: Las autoras

**Ilustración 43** Porcentajes del AVA Subproceso de Emergencia

Como se puede observar en el gráfico comparativo del Análisis de Valor Agregado, se redujo el porcentaje de actividades que agregan valor de 88,89% a 85,71%, y se incrementó el porcentaje de actividades que no agregan valor de un 11,11% a un 14,29%, pero esto se debe a que en el subproceso de

emergencia, se agregó una actividad que no agrega valor pero que ayuda a mantener un control de la medicina que se mantiene en farmacia o en bodega disponible para el uso diario en la atención de esta área de la clínica.

4.2.5. CÉDULAS DE HALLAZGOS

Tabla 42 Cédula de Hallazgo -No valorar correctamente al paciente

| CÉDULA SUMARIA HAO | |
|-----------------------------|--|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Valoración |
| Subproceso: | Valoración |
| Hallazgo: | No valorar correctamente al paciente. |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |
| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
| Condición | Incorrecta valoración de la criticidad de la dolencia al paciente por parte del personal de triaje. |
| Criterio | Valorar la dolencia del paciente según es estándar Apache de Manchester, de acuerdo las políticas internas y el manual operativo de la red nacional integrada de servicios de salud. |
| Efecto | Retrasa el diagnóstico definitivo para aplicar tratamiento. |
| Causa | -Falta de capacitación del personal sobre el uso del Apache de Manchester -Deshonestidad de los pacientes, indicando dolencias graves cuando no las tienen. |
| Conclusión | -Al no usar los protocolos, la valoración no cumple con su verdadero fin, que es priorizar la atención de pacientes graves o con mayor criticidad. -Si los pacientes mienten sobre su dolencia, esto puede hacer que se les valore con mayor criticidad y puede que afecten a los que realmente necesiten atención inmediata. |
| Recomendación | -Se necesita capacitar a los colaboradores sobre la importancia del uso del protocolo para la valoración. |

| | |
|---------------------------------|--|
| | -Se requiere concientizar a los pacientes de lo delicado que puede ser hacer que un enfermo grave espere a ser atendido. |
| Comentarios del Personal | Muchos pacientes exageran su dolor para que los atiendan inmediatamente. |

Elaborado por: Las autoras

Tabla 43 Cédula de Hallazgo-Pacientes inconformes por espera

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Admisión |
| Subproceso: | Registro del paciente |
| Hallazgo: | Pacientes inconformes por espera |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|-----------------------|---|
| Condición | Pacientes reclaman por largas esperas para ser atendidos, una vez que han llegado a la clínica. |
| Criterio | El tiempo de espera depende de la criticidad del paciente, por ende todos deben esperar según la valoración que tengan, de acuerdo al manual operativo de la red nacional integrada de servicios de salud (red pública integral de salud- red privada complementaria) emitida por el ministerio de salud. |
| Efecto | Disconformidad del paciente, pérdida de imagen de la empresa. |
| Causa | Falta de controles de tiempos de atención y de espera. Desconocimiento de los pacientes sobre los tiempos de espera. |
| Conclusión | Los pacientes no deberían esperar más de lo necesario para ser atendidos puesto a que podrían estar en riesgo de muerte. Además si no se comunica al paciente el tiempo estimado para su espera, es normal que se sienta inconforme con el servicio. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Recomendación | Llevar un control de los tiempos en que se atiende a los pacientes y del tiempo que esperar antes de ser atendidos. |
| Comentarios del Personal | Se requiere más personal para atender al paciente, más ágilmente. |

Elaborado por: Las autoras

Tabla 44 Cédula de Hallazgo -Asignación errónea de cobertura de seguro

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Admisión |
| Subproceso: | Registro del paciente |
| Hallazgo: | Asignación errónea de cobertura de seguro |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|---------------------------------|---|
| Condición | Se asigna cobertura errónea al paciente. |
| Criterio | La resolución C.D. 317 del IESS indica que la cobertura del seguro debe asignarse primero al SOAT en caso de accidentes de tránsito, luego al seguro privado si lo posee el paciente y por último al IESS u otro seguro de carácter público o social. |
| Efecto | No cobro de gastos adicionales, Incrementa gastos administrativos al gestionar aumento de cupo/cobertura |
| Causa | La causa principal de esta situación es la falta de personal capacitado en esta área. Además del desconocimiento de la normativa vigente. |
| Conclusión | Asegurar una correcta asignación de la cobertura de seguro para no generar pérdidas a la compañía. |
| Recomendación | Capacitar al personal que realiza el registro del paciente para que conozcan la manera correcta de hacer este registro. |
| Comentarios del Personal | Se necesita capacitación, para que se conozca el método correcto de registro. |

Elaborado por: Las autoras

Tabla 45 Cédula de Hallazgo - Deficiente control de registro de pacientes

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Servicios Médicos Primarios |
| Subproceso: | Emergencia |
| Hallazgo: | Deficiente control de registro de pacientes |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|---------------------------------|--|
| Condición | Existe un control muy bajo en el registro de pacientes, no se verifica que se realice el registro de la medicación que se da al paciente. |
| Criterio | La política interna de la clínica de control es el registro de los pacientes y de la medicación que se les suministra mediante el Kardex de enfermería. |
| Efecto | Confusión al momento de seguir suministrando medicación, para el médico; puede no saber que el paciente ya fue medicado y cometer un error al medicar al paciente. |
| Causa | Falta de elaboración de kardex de enfermería. Desconocimiento del personal de la importancia del registro del paciente y de la medicación suministrada. |
| Conclusión | Se requiere que haya un registro adecuado de la medicina que se suministra al paciente, ya que esto podría arriesgar su vida. |
| Recomendación | Capacitar al personal sobre las repercusiones mortales y legales que pueden existir, al tener un mal registro de lo suministrado al paciente. |
| Comentarios del Personal | Ninguno. |

Elaborado por: Las autoras

4.2.6 APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE ANALISIS

4.2.6.1 BALANCE SCORE CARD

La aplicación del Balance Score Card nos permitirá conocer las áreas donde se debe seguir y aplicar acciones de mejora dentro de Clínica la Salud, mediante aplicación de indicadores de gestión que se alinean a los objetivos estratégicos de la entidad las cuales las clasificamos en las distintas perspectivas; tal como se muestra en el gráfico 41.

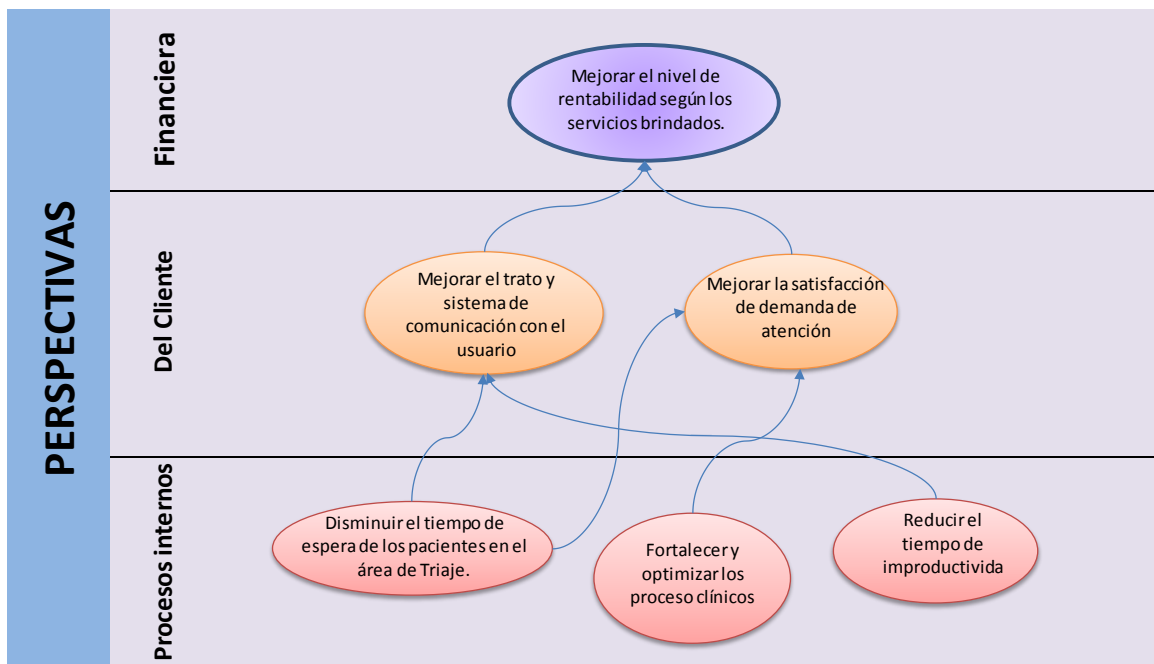


Ilustración 44 Mapa estratégico según Balance Score Card

Elaborado por: Autoras

Los resultados del Cuadro de mando integral se observa en el Anexo D

4.2.7. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO

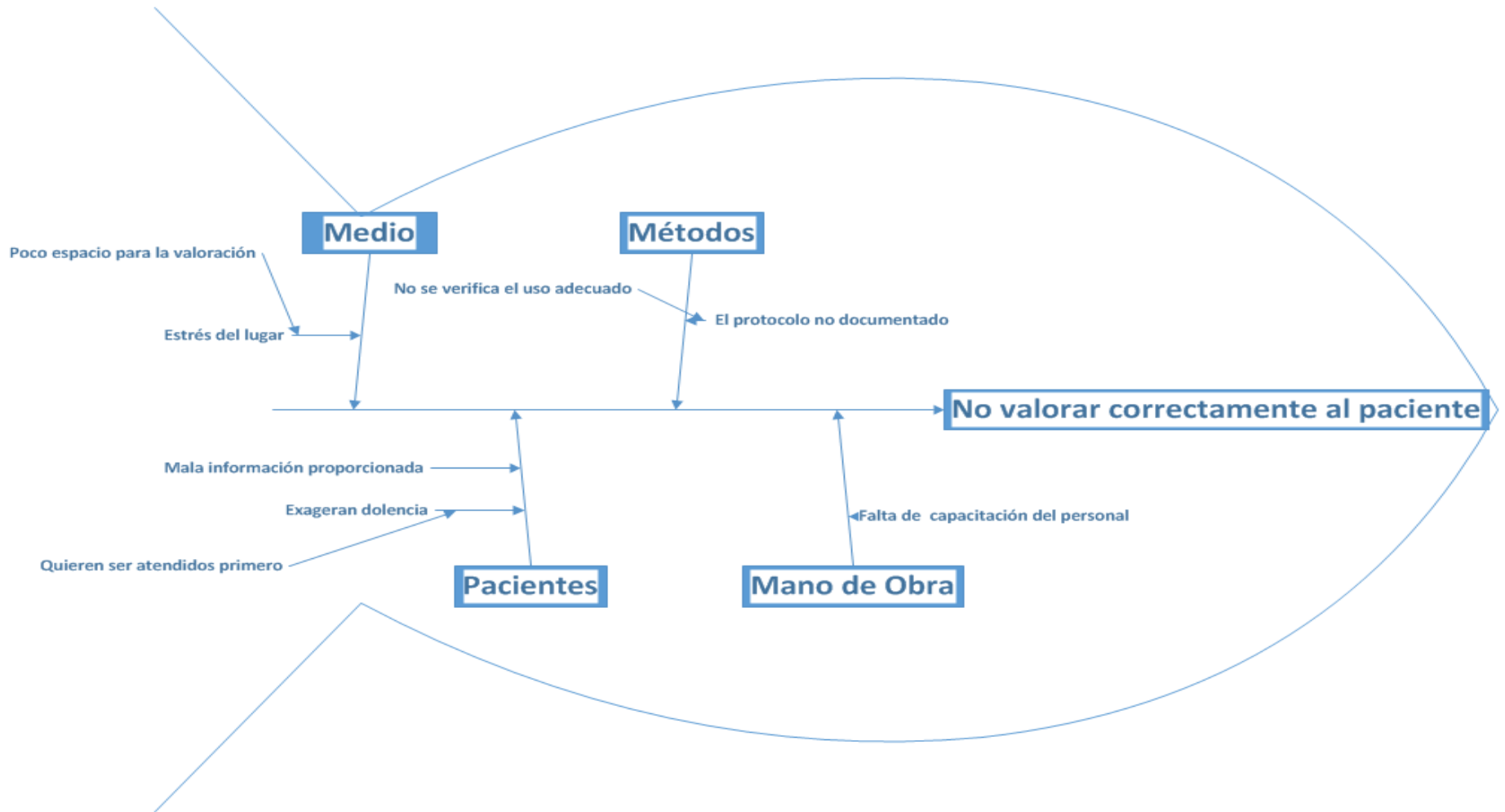


Ilustración 45 Diagrama de Causa y Efecto - No valorar correctamente al paciente

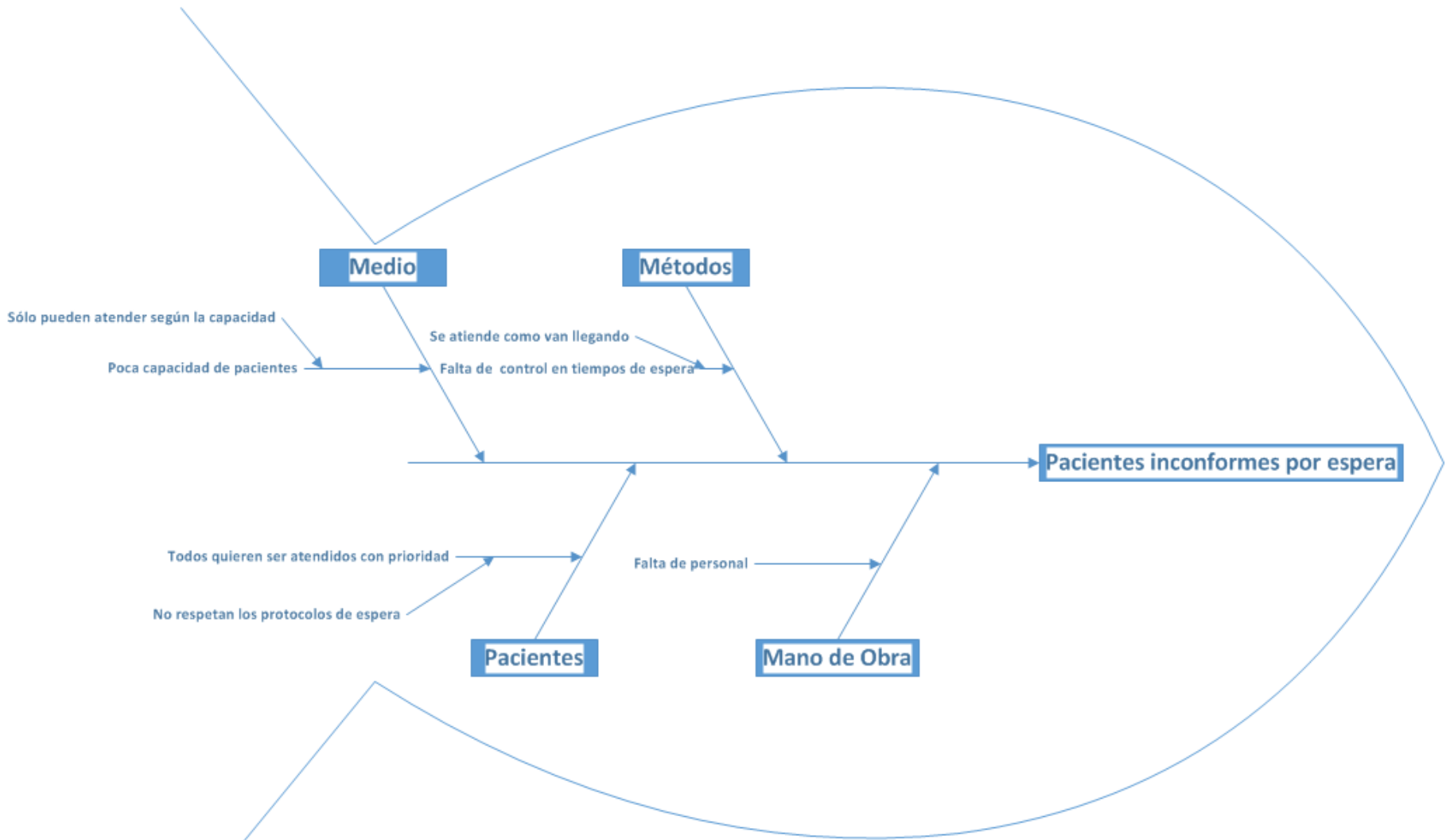


Ilustración 46 Diagrama de Causa y Efecto - Pacientes inconformes por espera

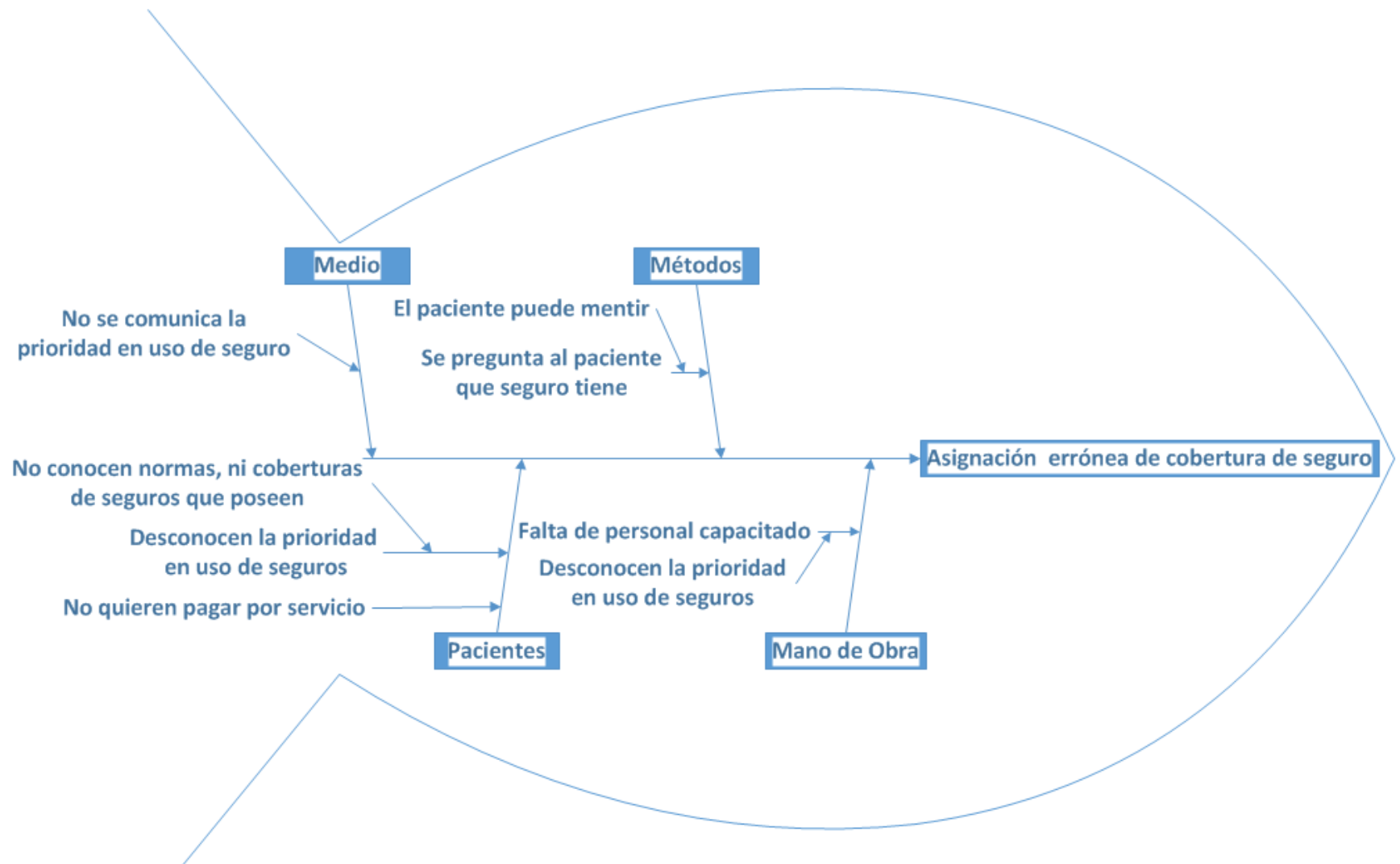


Ilustración 47 Diagrama de Causa y Efecto - Asignación errónea de cobertura de seguro

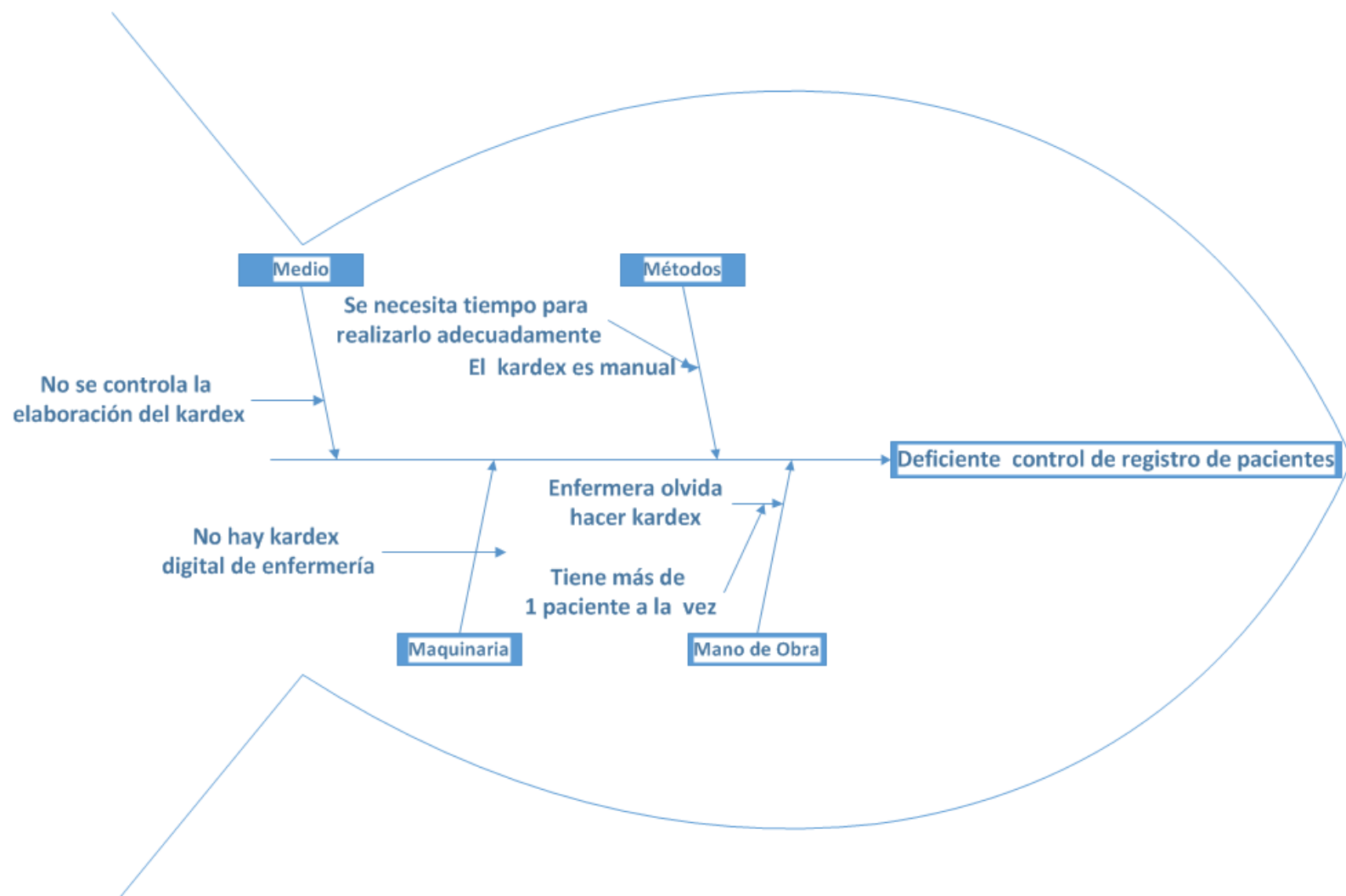


Ilustración 48 Diagrama de Causa y Efecto -Deficiente control de registro de pacientes

4.3. INFORME DE AUDITORÍA

Informe de Auditoría

Sector: Privado

Entidad: Clínica La Salud

Área auditada: Departamento de Servicios Hospitalarios

Tipo de auditoría: Operativa

Período revisado: octubre 2014-Enero 2015

Fecha de inicio: octubre 24

Fecha de conclusión: febrero 20

Audidores:

Andrea Asqui Riofrío

Karen Zúñiga Yong

Salud

Departamento de Servicios Hospitalarios

Auditoría Operacional

Octubre 2014- enero 2015

Octubre 24 del 2014

Febrero 15

Índice

I. Antecedentes.

II. Periodo, objetivo y alcance de la revisión.

III. Resultado del trabajo desarrollado.

IV. Conclusión y recomendación general.

I. ANTECEDENTES

Clínica La Salud es una organización privada dedicada al servicio médico, dotada de profesionales del área así como de equipos tecnológicos, brindando de la mejor manera la atención a sus pacientes en sus distintas áreas médicas.

I.1 MISIÓN

Ofrecer servicios completos e integrados de salud a las personas, con eficiencia y amabilidad, considerando altos esquemas de calidad para lograr la satisfacción de los clientes.

I.2 VISIÓN

Lograr ser reconocida como una clínica que tiene la capacidad de atender a sus clientes con todas las especialidades médicas, usando tecnología de punta para lograr un servicio con calidad y calidez.

I.3 VALORES

Clínica “La Salud” posee los siguientes valores dentro de su organización:

- ❖ Trabajo en Equipo
- ❖ Calidez Humana
- ❖ Atención personalizada
- ❖ Solidaridad
- ❖ Ética
- ❖ Espíritu de asistencia

I.4 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Mejorar el nivel de rentabilidad según los servicios brindados.
- Mejorar el trato y sistema de comunicación con el usuario.

- Mejorar la satisfacción de demanda de atención.
- Fortalecer y optimizar los procesos clínicos.
- Reducir el tiempo de improductividad.
- Disminuir el tiempo de espera de los pacientes en los distintos servicios del área.

II. PERIODO, OBJETIVO Y ALCANCE DE LA REVISIÓN

II.1. PERIODO

La auditoría se realizó desde octubre 24 del 2014 a febrero 20 del 2015

II.2. OBJETIVOS

- Realizar levantamiento de información del negocio y procesos del área.
- Aplicar la matriz de riesgo para detectar problemas en los procesos a ser auditados.
- Verificar el cumplimiento de las normas legales por parte de los prestadores del servicio dentro de los procesos a realizar.
- Realizar evaluación del control interno a los procesos a ser auditados.
- Diseñar la cadena de valor la Clínica La Salud.
- Elaborar diagramas de los procesos a auditar.
- Usar herramientas de calidad para analizar los procesos.
- Definir indicadores de gestión.

- Efectuar análisis del valor agregado
- Realizar un informe definitivo para la dirección, el cual contendrá recomendaciones de acciones correctivas hacia los hallazgos observados.
- Promover la eficiencia, eficacia y economía en las actividades admisión y servicios médicos primarios permitiendo mejora en la administración de la cadena de valor.

II.3. ALCANCE

El alcance de la auditoria será la evaluación de los controles y verificación de la documentación de los procesos de valoración, admisión y servicios médicos primarios dentro del departamento de Servicios Hospitalarios.

III. RESULTADOS GENERALES

Se ha determinado el análisis de la evaluación de control interno en base al Coso en sus distintos componentes, las cuales se tiene las siguientes conclusiones:

A. Ambiente de Control

Clínica la Salud comunica a sus colaboradores una cultura organizacional que prevalece los principios y valores éticos siendo los pilares para poder encaminar al cumplimiento de los objetivos, pero estos principios no se encuentran dentro de un código de ética escrito que permita regir como un marco de referencia para los empleados lo que repercute en las variantes

quejas de los pacientes y familiares acerca de las actitudes con la que el personal se desenvuelve.

La entidad maneja un plan estratégico para el correcto cumplimiento de su misión pero carece de seguimientos por parte de la dirección como una evaluación de su gestión, esto puede referirse debido a que no existe una estructura organizativa documentada y por ende manuales de procedimiento de las diferentes áreas y procesos que permita a los empleados tener pleno conocimiento de sus funciones dentro de los distintos niveles organizativos. Reflejando en la resolución de problemas que surgen en las distintas áreas, éstas son resueltas por el dueño de la clínica en lugar que intervenga el encargado de las áreas con problema.

B. Evaluación de Riesgo

Se evidencia una gran deficiencia en cuanto al conocimiento del riesgo y su importancia en la entidad, aunque se haya identificado dentro de la misma las consecuencias ante hechos negativos que afecten el cumplimiento de las operaciones no existe un plan de mitigación de riesgo ni un mapa de análisis de los mismos que permita a la dirección identificar los riesgos altos y significativos que afecten considerablemente a las operaciones y por ende a la satisfacción del cliente.

C. Actividades de Control

Por la falta de revisión de riesgos, la dirección no ha establecido un proceso de control que permita dar un seguimiento constante a los diferentes procesos de la entidad de manera que se cumpla con los objetivos planteados.

Se reconoce que no mantienen una buena segregación de funciones, puesto que una persona llega a estar en el área de emergencia, farmacia y admisión a la vez lo que es considerado un riesgo de que se cometa un fraude en las áreas mencionadas.

D. Información y comunicación

Este componente se encuentra delicado debido a que no se maneja un buen canal de información entre el personal de la Clínica la Salud, debido a la falta de controles en los mismos, lo que no permite que la comunicación sea totalmente confiable y rápida en todos los niveles de la entidad.

E. Supervisión y seguimiento

Al encontrarse una deficiencia de control interno en lo que respecta a un proceso como tal que oriente los objetivos de la entidad conlleva a que no se mantenga un registro de seguimientos a los procesos claves y no se maneje un establecimiento de acciones de mejora y correctivas a las deficiencias encontradas mediante indicadores, la gestión que maneja el

personal de Clínica la Salud es de auto-mejora pero no hay evaluaciones periódicas a los mismos.

En la evaluación específica de control interna se tiene como conclusiones: La inconformidad entre los pacientes por los tiempos de atención se debe a que el personal no cumple a cabalidad con el Apache de Manchester según la ley de Seguridad de Social, no se lleva controles de los pacientes que llegan abandonar la clínica antes de lograr ser revisados en la sala de valoración. El tiempo en la atención no logra ser controlada ya que en promedio demoran 15 minutos cuando el estándar es de 5 minutos en la valoración.

La falta de conocimientos sobre el seguro y sus coberturas generan igual deficiencias en la operación y atrasos en los mismos, conociendo que del total de pacientes el 78% se encuentran asegurados por medio del seguros social, lo que para la empresa también es un inconveniente puesto que el pago de estos servicios no se hacen líquidos inmediatos.

IV. RESULTADO ESPECÍFICO POR SUBPROCESO

IV.1 RESULTADO SUBPROCESO DE VALORACIÓN

En el subproceso de Valoración se han detectado deficiencias que pueden ser perjudiciales para este proceso, y estas son:

1. No valorar correctamente al paciente
2. No poder ubicar al paciente en diferente zona

Revisamos la más nociva, “No valorar correctamente al paciente”

Con la aplicación de una cédula sumaria analizamos lo siguiente:

IV.1.1 CÉDULA DE HALLAZGO -NO VALORAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Valoración |
| Subproceso: | Valoración |
| Hallazgo: | No valorar correctamente al paciente. |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|------------------|---|
| Condición | Incorrecta valoración de la criticidad de la dolencia al paciente por parte del personal de triaje. |
| Criterio | Valora la dolencia del paciente según el estándar Apache de Manchester, de acuerdo las políticas internas y el manual operativo de la red nacional integrada de servicios de salud. |
| Efecto | Retrasa el diagnóstico definitivo para aplicar tratamiento. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Causa | -Falta de capacitación del personal sobre el uso del Apache de Manchester -Deshonestidad de los pacientes, indicando dolencias graves cuando no las tienen. |
| Conclusión | -Al no usar los protocolos, la valoración no cumple con su verdadero fin, que es priorizar la atención de pacientes graves o con mayor criticidad. -Si los pacientes mienten sobre su dolencia, esto puede hacer que se les valore con mayor criticidad y puede que afecten a los que realmente necesiten atención inmediata. |
| Recomendación | -Se necesita capacitar a los colaboradores sobre la importancia del uso del protocolo para la valoración. -Se requiere concientizar a los pacientes de lo delicado que puede ser hacer que un enfermo grave espere a ser atendido. |
| Comentarios del Personal | Muchos pacientes exageran su dolor para que los atiendan inmediatamente. |

Elaborado por: Karen Zúñiga Y

Revisado por: Andrea Asqui R

IV.2 RESULTADOS SUBPROCESO DE REGISTRO DEL PACIENTE

En el subproceso de Registro del Paciente se han detectado deficiencias que pueden ser perjudiciales para este proceso, y estas son:

1. Pacientes inconformes por espera
2. Asignación errónea de cobertura de seguro
3. Inconformidad de pacientes al no recibir servicios
4. No despacho de medicina y/o servicios oportunos
5. Deficiente registro de pacientes – cobertura

Revisamos las más nocivas, “*Pacientes inconformes por espera*” y “*Asignación errónea de cobertura de seguro*”.

Con la aplicación de una cédula sumaria analizamos lo siguiente:

IV.2.1 CÉDULA DE HALLAZGO-PACIENTES INCONFORMES POR ESPERA

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Admisión |
| Subproceso: | Registro del paciente |
| Hallazgo: | Pacientes inconformes por espera |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|----------------------|---|
| Condición | Pacientes reclaman por largas esperas para ser atendidos, una vez que han llegado a la clínica. |
| Criterio | El tiempo de espera depende de la criticidad del paciente, por ende todos deben esperar según la valoración que tengan, de acuerdo al manual operativo de la red nacional integrada de servicios de salud (red pública integral de salud- red privada complementaria) emitida por el ministerio de salud. |
| Efecto | Disconformidad del paciente, pérdida de imagen de la empresa. |
| Causa | Falta de controles de tiempos de atención y de espera. Desconocimiento de los pacientes sobre los tiempos de espera. |
| Conclusión | Los pacientes no deberían esperar más de lo necesario para ser atendidos puesto a que podrían estar en riesgo de muerte. Además si no se comunica al paciente el tiempo estimado para su espera, es normal que se sienta inconforme con el servicio. |
| Recomendación | Llevar un control de los tiempos en que se atiende a los pacientes y del tiempo que esperar antes de ser atendidos. |

| | | |
|-----------------------------|------------|---|
| Comentarios Personal | del | Se requiere más personal para atender al paciente, más ágilmente. |
|-----------------------------|------------|---|

Elaborado por: Karen Zúñiga Y

Revisado por: Andrea Asqui R

IV.2.2 CÉDULA DE HALLAZGO -ASIGNACIÓN ERRÓNEA DE COBERTURA DE SEGURO

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Admisión |
| Subproceso: | Registro del paciente |
| Hallazgo: | Asignación errónea de cobertura de seguro |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|-------------------|---|
| Condición | Se asigna cobertura errónea al paciente. |
| Criterio | La resolución C.D. 317 del IESS indica que la cobertura del seguro debe asignarse primero al SOAT en caso de accidentes de tránsito, luego al seguro privado si lo posee el paciente y por último al IESS u otro seguro de carácter público o social. |
| Efecto | No cobro de gastos adicionales, Incrementa gastos administrativos al gestionar aumento de cupo/cobertura |
| Causa | La causa principal de esta situación es la falta de personal capacitado en esta área. Además del desconocimiento de la normativa vigente. |
| Conclusión | Asegurar una correcta asignación de la cobertura de seguro para no generar pérdidas a la compañía. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Recomendación | Capacitar al personal que realiza el registro del paciente para que conozcan la manera correcta de hacer este registro. |
| Comentarios del Personal | Se necesita capacitación, para que se conozca el método correcto de registro. |

Elaborado por: Karen Zúñiga Y

Revisado por: Andrea Asqui R

IV.3 RESULTADOS DE SUBPROCESO DE EMERGENCIA

En el subproceso de Emergencia se han detectado deficiencias que pueden ser perjudiciales para este proceso, y estas son:

1. Atrasos en los procesos médicos.
2. Deficiente control en registro de pacientes.

Revisamos la más nociva, “*Deficiente control de registro de pacientes*”

Con la aplicación de una cedula sumaria analizamos lo siguiente:

IV.3.1 CÉDULA DE HALLAZGO - DEFICIENTE CONTROL DE REGISTRO DE PACIENTES

CÉDULA SUMARIA HAO

| | |
|-----------------------------|---|
| Entidad: | Clínica La Salud |
| Área: | Departamento de Servicios Hospitalarios |
| Proceso: | Servicios Médicos Primarios |
| Subproceso: | Emergencia |
| Hallazgo: | Deficiente control de registro de pacientes |
| Fecha: | 10/02/2015 |
| Auditor Responsable: | Karen Alejandra Zúñiga Yong |

| CARACTERÍSTICA | EXPRESIÓN |
|---------------------------------|--|
| Condición | Existe un control muy bajo en el registro de pacientes, no se verifica que se realice el registro de la medicación que se da al paciente. |
| Criterio | La política interna de la clínica de control es el registro de los pacientes y de la medicación que se les suministra mediante el Kardex de enfermería. |
| Efecto | Confusión al momento de seguir suministrando medicación, para el médico; puede no saber que el paciente ya fue medicado y cometer un error al medicar al paciente. |
| Causa | Falta de elaboración de kardex de enfermería. Desconocimiento del personal de la importancia del registro del paciente y de la medicación suministrada. |
| Conclusión | Se requiere que haya un registro adecuado de la medicina que se suministra al paciente, ya que esto podría arriesgar su vida. |
| Recomendación | Capacitar al personal sobre las repercusiones mortales y legales que pueden existir, al tener un mal registro de lo suministrado al paciente. |
| Comentarios del Personal | Ninguno. |

Elaborado por: Karen Zúñiga Y

Revisado por: Andrea Asqui R

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Concluimos que la empresa necesita documentar cada uno de sus procesos, ya que en los procesos revisados en la auditoría se encontraron inconformidades que se dan por falta de controles y de conocimiento de los procedimientos a realizar.

El principal problema que aqueja a la entidad es el de asignación errónea de seguro, seguida del deficiente control de registro de pacientes al momento de suministrarles la medicación; por lo que en el análisis de valor agregado de los subprocesos, se puede evidenciar la incorporación de actividades de control necesarias para un mejor desempeño en las actividades de la empresa así como también para lograr el cumplimiento de sus objetivos estratégicos e institucionales.

Considerando que aproximadamente el 80% de los pacientes de la clínica son del IESS, una asignación incorrecta, no sólo genera inconformidades con el cumplimiento de las normas establecidas y del convenio que tiene la clínica para prestar servicios a afiliados del IESS, sino que también se

generan pérdidas para la empresa, e incluso menor liquidez al tener cuentas por cobrar de larga duración con el IESS.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar el debido levantamiento de todos los procesos de la compañía, con la finalidad de documentar todas las actividades que deben realizarse de forma explícita; además de documentar y capacitar a los colaboradores sobre las políticas, objetivos y metas propuestos en la compañía con el fin que haya así mayor compromiso en la consecución de éstos. También es necesario la emisión documentada del código de ética de la compañía, siendo este una base fundamental para el desarrollo de las actividades de la entidad.

- Es preciso que la entidad diseñe un plan de mitigación de riesgos que ayude a la dirección en la identificación los riesgos potenciales, altos y significativos que afecten considerablemente a las operaciones ordinarias de la clínica.

-Es necesario también que se apliquen los controles recomendados para los subprocesos analizados, revisando que los demás procesos de la compañía también apliquen controles que aseguren el cumplimiento de los objetivos de la entidad. Para cual se requiere que se implemente un proceso de seguimiento para los controles que se recomiendan aplicar.

-Considerando la falta de la documentación de la estructura organizacional, primero se debe documentar ésta y luego comunicarla a todo el personal; para que se definan también niveles de autorización y se identifiquen responsables o encargados de las distintas áreas y así desconcentrar la resolución de problemas desde la presidencia hacia las distintas áreas.

-Se recomienda la supervisión del cumplimiento de controles recomendados en el análisis de valor agregado para los subprocesos revisados, para mejorar el cumplimiento de los objetivos y de las normas relativas al convenio de prestación de que se mantiene con del IESS y de las leyes estipuladas por el ministerio de salud del país.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(Alvarez Medina , Chavez Rivera, & Moreno Valverde , 2012)

Contraloría General del Estado. (2002). *Manual de Auditoría de Gestión*. Quito, Ecuador.

Alvarez Medina , M. T., Chavez Rivera, M. Y., & Moreno Valverde , S. A. (2012). *El Balance Score Card, una herramienta para la planeación estratégica*.

Alvin A Arens, R. J. (2007). *Auditoría Integral: Un Enfoque Integral*. México: Pearson-Prentice Hall.

(s.f.). *Análisis del valor agregado de proceso*. Tesis, Escuela Superior Politécnica Salesiana, Guayaquil. Obtenido de http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/958/6/Capitulo_2.pdf

Contraloría General de la República de Nicaragua. (2009). *Auditoría Operacional o de Gestión*. Managua.

Dávila, J., Maya , L., Medina, M., & Tigreros , D. (202). *Levantamiento de procesos del Hospital León Becerra de Guayaquil*. Guayaquil.

El lees mantiene convenio con 116 clínicas y hospitales privados. (18 de Junio de 2010). *El Comercio* . Recuperado el Noviembre de 2014, de

<http://www.elcomercio.com.ec/tendencias/iess-mantiene-convenios-116-clinicas.html>

F, E. B. (2007). *Auditoría Administrativa: Gestión Estratégica del Cambio*. México D.F.: Pearson Educación.

IESS. (s.f.). *Ley de Seguridad Social*. Quito.

ISSFA. (s.f.). *Ley de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas* . Quito.

ISSPOL. (s.f.). *Ley de la Seguridad Social de la Policía Nacional*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Ley Orgánica de Salud*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Ley Organica del Sistema Nacional de Salud*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Manual Operativo de la Red Nacional Integrada de Servicios de Salud (Red Pública Integral de Salud- Red Privada Complementaria)*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Norma técnica para el procedimiento de evaluación, selección, calificación y adquisición de servicios de salud de la red pública integral de salud y de la red privada complementaria*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Reglamento de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud*. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Tarifario de Prestaciones para Sistema Nacional de Salud*. Quito.

ANEXOS

Anexo A Listado de enfermedades según los niveles de prioridad de emergencia



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 7

ANEXO No. 1
LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD
NIVEL 1

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

- 1.- Paro Cardio Respiratorio.
 - 2.- Dolor Torácico Precordial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
 - 3.- Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
 - 4.- Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
 - 5.- Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
 - 6.- Hemorragia profusa.
 - 7.- Obstrucción de vía respiratoria alta.
 - 8.- Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
 - 9.- Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
 - 10.- Paciente con trauma severo como:
 - Víctima de accidente de tránsito.
 - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
 - Precipitación.
 - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
 - Lesiones en extremidades con compromiso neurovascular.
 - Herida de bala o arma blanca.
 - Sospecha de traumatismo vertebral medular.
 - Evisceración.
 - Amputación con sangrado no controlado.
 - Traumatismo encéfalo craneano.
- 11.- Status Convulsivo.
 - 12.- Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
 - 13 Ingesta de órgano fosforado, ácido, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
 - 14.- Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
 - 15.- Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
 - 16.- Signos vitales anormales:

ADULTO

- Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
- Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
- Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
- Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
- Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
- Frecuencia Respiratoria < 10 x min.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es del copia del original, la certifica

[Firma]
Dr. José Darío Arias Lara
Presidente Consejo Directivo

18 MAY 2010



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 8

PEDIÁTRICO

Lactante

- Frecuencia Cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca \geq 200 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria \geq a 60 x min. (hasta los 2 meses).
- Frecuencia Respiratoria \geq a 50 x min. (desde los 2 meses al año)
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

Pre Escolar

- Frecuencia Cardíaca \leq 60 x min.
- Frecuencia Cardíaca \geq 180 x min.
- Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
- Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
- Saturación de oxígeno \leq a 85%.

17.- Suicidio frustrado.

18.- Intento suicida.

19.- Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.

20.- Problemas específicos en pacientes pediátricos.

- Intoxicaciones por ingesta o contacto.
- Periodos de apnea.
- Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
- Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
- Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
- Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
- Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
- Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
- Status convulsivo.
- Status asmático.
- Hipertermia maligna.
- Trastornos de sensorio.
- Politraumatismo.
- Herida por arma de fuego.

Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es del copia del original, la certifica

[Firma]
Dr. José Darío Arias Lara
Presidente Consejo Directivo

18 MAY 2010



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 9

ANEXO No. 2
LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD
NIVEL 2

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia.

- 1.- Frecuencia respiratoria \geq de 24 por minuto.
- 2.- Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
- 3.- Diabetes Mellitus Descompensada.
- 4.- Hemoptisis.
- 5.- Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
- 6.- Convulsión reciente en paciente consciente.
- 7.- Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
- 8.- Arritmias sin compromiso hemodinámico.
- 9.- Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
- 10.- Paciente con trastornos en el sensorio.
- 11.- Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
- 12.- Descompensación Hepática.
- 13.- Hernia umbilical o inguinal Incarcerada.
- 14.- Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
- 15.- Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
- 16.- Herida cortante que requiere sutura.
- 17.- Lesiones en ojos perforación, laceración, avulsión.
- 18.- Desprendimiento de retina.
- 19.- Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
- 20.- Síntomas y signos de cólera.
- 21.- Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
- 22.- Hematuria macroscópica.
- 23.- Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
- 24.- Síndrome febril o infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
- 25.- Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
- 26.- Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
- 27.- Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
- 28.- Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
- 29.- Síndrome Meningeo.
- 30.- Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
- 31.- Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
- 32.- Retención urinaria.
- 33.- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
- 34.- Cuerpos extraños en orificios corporales.
- 35.- Cuerpos extraños en esófago y estómago.
- 36.- Pacientes con ideación suicida.
- 37.- Pacientes con crisis de ansiedad.
- 38.- Pacientes con reagudización de su cuadro sicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
- 39.- Cuadro de demencia con conducta psicótica.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es del copo del copo. La certifica
[Firma]
Dr. MSc. Patricio Arias Lara
Presidente Consejo Directivo
18 MAY 2010



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
CONSEJO DIRECTIVO

Resolución No. C.D.317
Pág. 10

- 40.- Esguinces.
- 41.- Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
- 42.- Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
- 43.- Coagulopatía.
- 44.- Fiebrilis o Tromboflebitis.
- 45.- Herpes Zoster ocular.
- 46.- Enfermedad eruptiva aguda complicada.
- 47.- Cefalea mayor de 12 horas.
- 48.- Problemas específicos en pacientes Obstétricas:
 - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
 - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimiento fetales.
 - Sangrado post-parto.
 - Hipertensión que complica el embarazo.
 - Signos y síntomas de toxemia severa.
 - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia (> de 160 x min.) Fetal.
 - Traumatismo Abdominal.
 - Deshidratación por hiperémesis.
 - Cefalea.
 - Epigastralgia.
 - Edema Generalizado.
- 49.- Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.
 - Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
 - Dolor Abdominal.
 - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
 - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
 - Niños menores de 3 meses con $T^{\circ} \geq$ que $38^{\circ} C$.
 - Niños menores de 2 años con $T^{\circ} \geq$ que $39^{\circ} C$.
 - Niños con síntomas de infección urinaria.
 - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
 - Cefalea / epistaxis no controlada.
 - Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
 - Trauma ocular no penetrante.
 - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
 - Niños que han sufrido agresión física.
 - Odontalgia.
 - Otolgía.

[Firma] Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Es del copo del copo. La certifica
[Firma]
Dr. MSc. Patricio Arias Lara
Presidente Consejo Directivo
18 MAY 2010

CAPITULO 8.- Manchester Triage System (MTS).

El sistema inglés de triaje de Manchester introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996 también tomando como referente la NTS e integrando todos los sistemas de triaje que existían en Inglaterra. Esta escala clasifica al paciente que llega al servicio de urgencias en 52 motivos diferentes según signos y síntomas, con discriminantes, y en cada motivo se despliega un árbol de preguntas cuya contestación es sí/no. Tras estas tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías, cada una se traduce en un color y un tiempo máximo de atención. Esta clasificación permite priorizar al paciente en función de la gravedad. Este sistema de triaje proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo máximo de espera, ganando en la satisfacción del usuario y disminuyendo su ansiedad y nerviosismo. Se crea así el primer contacto con el paciente y se da una respuesta clara a su demanda. El triaje es realizado por una enfermera que a través de una entrevista con el paciente realiza la recepción, la acogida y la clasificación del paciente (RAC). Con dicha entrevista valora el estado general del paciente, realiza la toma de constantes, indica el motivo de consulta, realiza ECG si está indicado (dolor torácico, epigástrico, síncope o arritmia) y aplica el procedimiento del sistema MTS para obtener el nivel de urgencia del paciente. La enfermera orienta los flujos de pacientes en función de la gravedad y permite ir haciendo revaloraciones e ir reordenando los recursos del servicio de urgencias en cualquier momento. Este sistema da una respuesta eficaz a un problema como la gestión de flujos en el servicio, permitiendo realizar controles de calidad de los tiempos de espera.

En la actualidad se ha creado y validado una herramienta informática basada en la escala MTS que permite aumentar la facilidad y rapidez de la aplicación desde el primer momento.

Este sistema de triaje está implantado en algunos hospitales de España como el H.12 Octubre de Madrid, el H. Universitario, Central de Asturias, el H. Universitario Virgen de las Nieves de Granada y el H. Reina Sofía.

Sistema Manchester (MTS)

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994 y sus esfuerzos se centraron en 5 objetivos:

1. Elaborar una nomenclatura común.
2. Usar definiciones comunes.
3. Desarrollar una metodología sólida de *traje*.
4. Implantar un modelo global de formación.
5. Permitir y facilitar la auditoria del método de *traje* desarrollado.

Se estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de «tiempo clave» o «tiempo máximo para el primer contacto con el terapeuta» ([TABLA 3](#)).

Tabla 3. Niveles de clasificación de la MTS.

| Número | Nombre | Color | Tiempo máximo |
|--------|--------------------|----------|---------------|
| 1 | Atención inmediata | Rojo | 0 |
| 2 | Muy urgente | Naranja | 10 |
| 3 | Urgente | Amarillo | 60 |
| 4 | Normal | Verde | 120 |
| 5 | No urgente | Azul | 240 |

MTS: Manchester System Triage

El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo.

En España el Servicio de Urgencias del complejo Hospitalario de Ourense (Galicia), en el año 2002, realizó un estudio de validación y aplicación de MTS en nuestro medio, concluyendo que reúne las condiciones adecuadas para su aplicación.

En el año 2003, se crea el Grupo Español de *triaje* Manchester (GET-M) que se integra en el Grupo Europeo de *triaje* Manchester el 30 de abril de 2004 y que participa en reuniones científicas del mismo.

Análisis del MTS

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: Enfermedad, Lesión, Niños, Conducta anormal e inusual y Catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención (Tabla 3).

El profesional selecciona un número de signos y síntomas de cada nivel de prioridad y utiliza discriminadores dispuestos en forma de diagramas para asignar a los pacientes a una de las 5 prioridades clínicas.

Los discriminadores generales son: riesgo vital, dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución) y se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación.

El método es coherente en sus planteamientos ya que los síntomas guía pueden conducir a más de un diagrama de presentación clínica. Así, un paciente que no se encuentra bien con el cuello rígido y dolor de cabeza tendrá la misma prioridad si el profesional utiliza los diagramas de «adulto con mal estado general», «dolor de cuello» o «dolor de cabeza». En la figura 1 se representa un diagrama de flujo de los discriminadores generales y de uno de los 52 motivos de consulta.

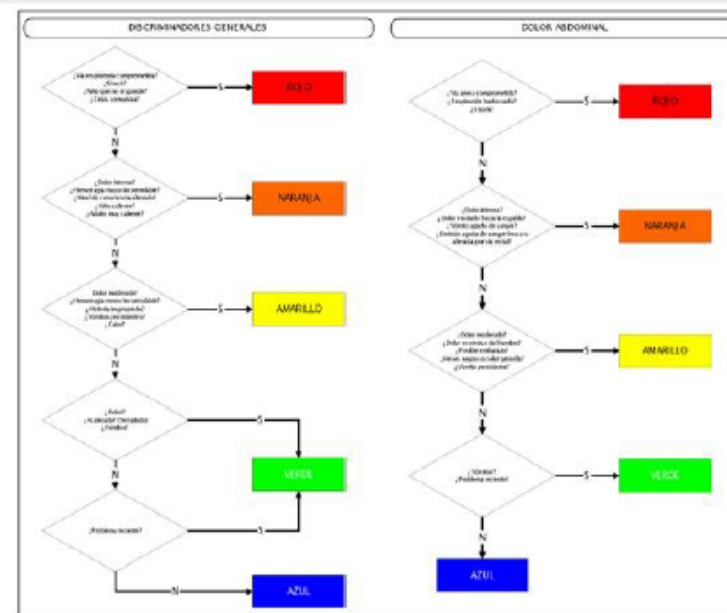


Figura 1. Diagrama de flujo de los discriminadores generales y del «dolor abdominal», uno de los 52 motivos de consulta del Sistema Manchester de *Triage*.

Tampoco hace ninguna suposición sobre el diagnóstico y puede ser desarrollado por cualquier enfermero o enfermera independientemente de su grado de experiencia. Como requisito imprescindible se exige haber superado la formación inicial necesaria.

El sistema tiene ya una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorías de calidad en la clasificación de pacientes tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los paciente críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica.

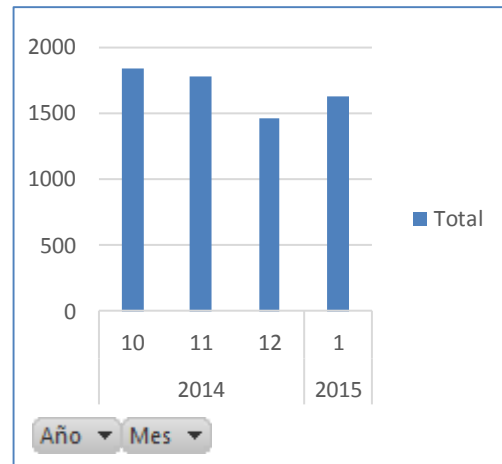
El MTS es el sistema más ampliamente usado en hospitales de Europa y existen también grupos de *triaje* nacionales en países como Alemania, Holanda, Inglaterra e Irlanda, Portugal y España. En el Reino Unido es el sistema mayoritariamente utilizado.

En España en la actualidad es el sistema elegido por los servicios de salud de Asturias, Galicia, Madrid, Comunidad Valenciana y Andalucía para sus hospitales públicos.

Anexo C Análisis de medidas de tendencia central

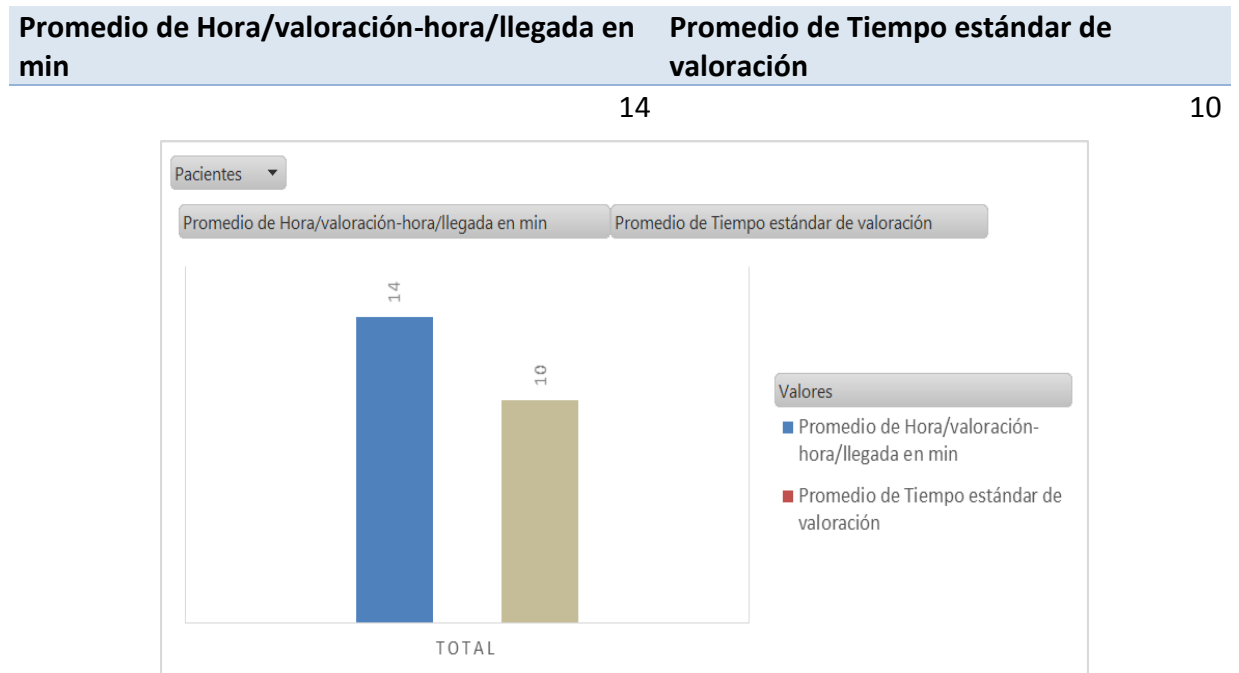
Número de pacientes por periodo revisado

| Periodo | Cantidad de Pacientes |
|----------------------|-----------------------|
| 2014 | |
| 10 (Octubre) | 1836 |
| 11 (Noviembre) | 1786 |
| 12 (Diciembre) | 1460 |
| 2015 | |
| 1 (Enero) | 1624 |
| Total general | 6706 |



Como se puede observar en el gráfico, en el mes de octubre es cuando hubo mayor cantidad de pacientes, mientras que en el mes de diciembre hubo menos pacientes.

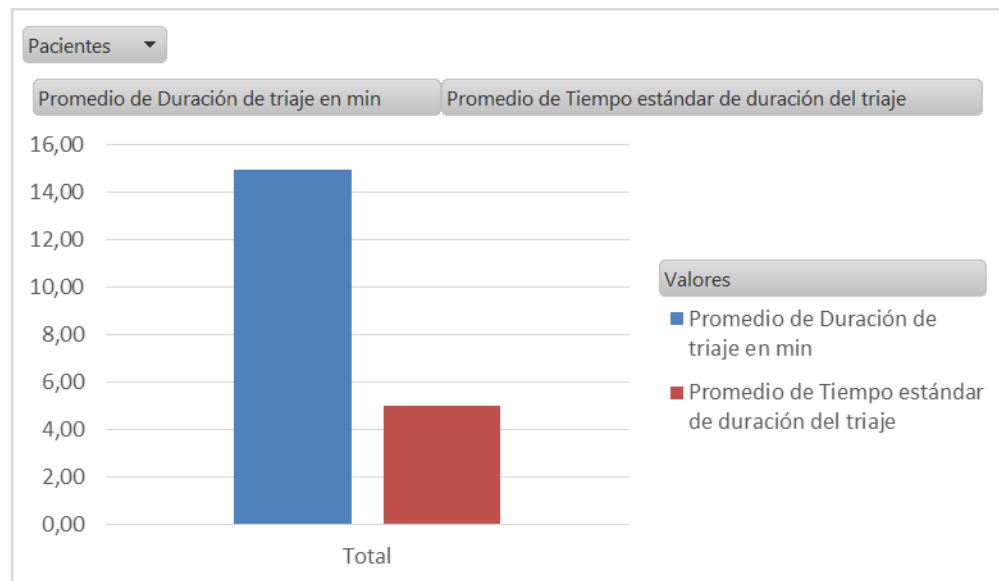
Comparativo del tiempo de espera del triaje tiempo según observación vs tiempo de espera según el estándar.



El tiempo promedio de espera en triaje según observación es de 13,7 según la observación realizada mientras que el tiempo estándar promedio es 10 minutos. Por lo que se puede evidenciar que la clínica no cumple con el estándar.

Comparativo de la duración del triaje tiempo según observación vs tiempo según el estándar.

| Promedio de Duración de triaje en min | Promedio de Tiempo estándar de duración del triaje |
|---------------------------------------|--|
| 14,92 | 5 |

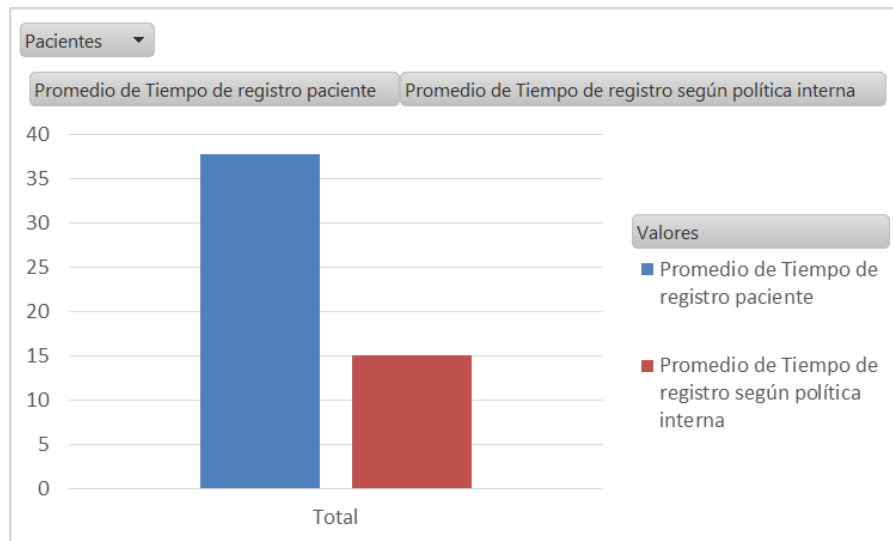


El tiempo promedio de duración del triaje según la observación en minutos es 14,92 mientras que el tiempo estándar promedio es 5 minutos.

Por lo que se puede evidenciar que la clínica no cumple con el estándar.

Comparativo de la duración del registro del paciente según observación vs tiempo según la política interna.

| Promedio de Tiempo de registro paciente | Promedio de Tiempo de registro según política interna |
|---|---|
| 37,78571429 | 15 |



El tiempo promedio de registro del paciente según la observación en min es 37,78 mientras que el tiempo de registro según la política interna es 15 min .Por lo que se puede evidenciar que la clínica no cumple con el estándar.

Anexo D Balance Score Card

BALANCE SCORE CARD "CLÍNICA LA SALUD"

| PERSPECTIVA | Objetivo | Indicador | Subproceso | Formula | Resultado del Indicador | | | | Promedio/ Resultado | Meta | Semaforo | Frecuencia | |
|-----------------|---|---|--|--|---|---------|-----------|--------|------------------------|------------|-----------|------------|---------|
| | | | | | Octubre | Noviemb | Diciembre | Enero | | | | | |
| Financiera | Mejorar el nivel de rentabilidad según los servicios brindados. | Ingreso de pacientes por seguro del IESS | Registro de paciente | (N° pacientes seguro IESS/total de paciente)100 | 77,89% | 77,88% | 78,22% | 77,89% | 77,97% | <50% | 77,97% | Mensual | |
| | | Ingreso de pacientes por seguro privado. | Registro de paciente | (N° pacientes seguro privado/total de paciente)100 | 15,36% | 15,34% | 15,14% | 15,39% | 15,31% | >30% | 15,31% | Mensual | |
| | | Ingreso de pacientes sin seguro | Registro de paciente | (N° pacientes sin seguro/total de paciente)100 | 6,75% | 6,77% | 6,64% | 6,71% | 6,72% | >20% | 6,72% | Mensual | |
| | | Derivación al área de hospitalización | Emergencia | (N° de pacientes derivados a hospitalización/total de pacientes)100 | 35,84% | 35,00% | 36,80% | 36,82% | 36,12% | 50% | 36,12% | Mensual | |
| | Mejorar la satisfacción de demanda de atención. | Nivel de satisfacción de paciente en los distintos servicios del área | Todas los subprocesos | Encuesta | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | Muy buena | Exelente | Muy buena | Semanal | |
| Proceso Interno | Disminuir el tiempo de espera de los pacientes en los distintos servicios del área. | Tiempo de respuesta del triaje | Valoración | (hora de valoración - hora de llegada)/N° pacientes atendidos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 14 | <=10 min | 15 | Semanal | |
| | | Tiempo de duración de triaje | Valoración | Tiempo que dura el triaje/total de paciente atendidos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 15,00 | 5 minutos | 15 | Semanal | |
| | | Tasa de abandono de triaje | Valoración | (N° pacientes que abandonan la sala sin evaluarse/ total de pacientes ingresados)100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6% | <= 2% | 6,00% | Mensual | |
| | | Tiempo de atención en emergencia de pacientes con prioridad tipo I | Emergencia | (hora de atención - hora de llegada a emergencia)/ total pacientes de emergencia | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | Inmediata | Inmediato | Inmediata | Semanal | |
| | | Tiempo de atención en emergencia de pacientes con prioridad tipo II | Emergencia | (hora de atención - hora de llegada a emergencia)/ total pacientes de emergencia | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 13,45 | 10 min | 13 | Semanal | |
| | | Tiempo de atención en emergencia de pacientes con prioridad tipo III | Emergencia | (hora de atención - hora de llegada a emergencia)/ total pacientes de emergencia | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,51 | <= 3 horas | 2,51 | Semanal | |
| | | Promedio del tiempo de atención para registro de pacientes. | Registro de paciente | Tiempo que toma el registro de un paciente/total pacientes atendidos | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 38 | 15 min | 38,00 | Semanal | |
| | | Reducir el tiempo de improductividad | Nivel de aumento de cobertura | Registro de paciente | /N° casos de con aumento de cobertura/ total de casos atendidos)100 | 54% | 60% | 54% | 60% | 57% | <40% | 57% | Mensual |
| | | | Promedio de estancia en hospitalización | Emergencia | N° de días en permanencia en hospitalización/total de pacientes hospitalizados | 4,49 | 4,50 | 4,68 | 4,56 | 4 | 3 días | 4 | Semanal |
| | | | Promedio de permanencia en observación de emergencia | Emergencia | N° de estancia en emergencia en un periodo de tiempo/Total de pacientes en emergencia en un mismo periodo | 3,08 | 3,04 | 3,07 | 3,03 | 3 | <3 horas | 3 | Semanal |
| | | | Documentación válida | Registro de paciente | (N° pacientes que entregaron doc correcta/total de pacientes atendidos)100 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 92,00% | 100,00% | 92% | Mensual |
| | | | Cantidad de pacientes en un tiempo determinado | Valoración | N° pacientes que son atendidos en triaje en una hora | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 8 | 12 | 8 | Mensual |