

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIAS.
CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL
DEL VALLE DEL CAUCA - 2015.**

ESTUDIANTE:

JENNIFER YSLENI GORDON BOTERO.



**UNIVERSIDAD DEL VALLE.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD.
CALI, NOVIEMBRE (2015).**

**EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIAS.
CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL
DEL VALLE DEL CAUCA - 2015.**

**ESTUDIANTE:
JENNIFER YSLENI GORDON BOTERO.**

Trabajo de grado para optar al título de:
Magister en Administración en Salud.

**DIRECTOR:
LUIS ALBERTO PEREZ BONFANTE; M.B.A**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA.
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD.
CALI, NOVIEMBRE (2015).**

Nota de aceptación

Firma del Director

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, Enero 20 del año 2016.

TABLA DE CONTENIDO.

INDICE DE FIGURAS.	6
INDICE DE ANEXOS.	7
INTRODUCCIÓN.	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	9
1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	13
2. OBJETIVOS.	14
2.1. OBJETIVO GENERAL.	14
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.	14
3. JUSTIFICACIÓN.	15
4. METODOLOGÍA.	16
4.1. TIPO DE ESTUDIO:	16
4.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:	16
4.3. FUENTES DE INFORMACIÓN:	16
4.4. FASES O ETAPAS DEL PROYECTO:	17
4.4.1. FASE 1: RECOLECCIÓN DE DATOS Y DEFINICIÓN DEL MARCO DE REFERENCIA.	17
4.4.2. FASE 2: DISEÑO DE INSTRUMENTOS.	18
4.4.3. FASE 3: EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE BRECHAS.	18
4.4.4. FASE 4: PLAN DE MEJORAMIENTO.	18
4.5. CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO.	19
4.5.1. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	21
4.5.2. CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.	21
5. MARCO DE REFERENCIA.	23
5.1. MARCO CONTEXTUAL.	23
5.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA IPS – S.M	23
5.1.2. SALUD MENTAL Y CONTEXTO.	25
5.1.3. OFERTA DE INSTITUCIONES PARA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.	26
5.2. MARCO LEGAL.	27
5.2.1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.	27
5.2.2. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.	27
5.2.3. SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.	29
5.2.4. NORMATIVIDAD INTERNACIONAL ISO.30	
5.3. MARCO TEÓRICO.	32
5.3.1. EL CONCEPTO DE AUDITORÍA Y SUS ANTECEDENTES.	32
5.3.2. EL PROCESO DE AUDITORÍA EN SALUD.	33
5.3.3. LA HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES.	34
6. EVALUACIÓN Y RESULTADOS.	38
6.1. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS Y APLICACIÓN.	38
6.2. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	38
6.3. EVALUACIÓN Y RESULTADO GENERAL DE LA GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS – SM.	39

6.4	EVALUACIÓN Y RESULTADO ESPECÍFICO N° 1: ENFOQUE DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS.	40
6.5	EVALUACIÓN Y RESULTADO ESPECÍFICO N° 2. DESPLIEGUE DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS.	42
6.6	EVALUACIÓN Y RESULTADO ESPECÍFICO N° 3. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS.	44
6.7	FIGURAS DEL DESEMPEÑO DE CADA VARIABLE EVALUADA.	46
6.8	DIRECTRICES PARA EL MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS.	49
7	CONCLUSIONES.	55
8	RECOMENDACIONES.	57
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	58
9	ANEXOS.	61

INDICE DE FIGURAS.

Figura N° 1: Fuentes de Información.....	17
Figura N° 2: Cronograma.....	19
Figura N° 3: Presupuesto.....	20
Figura N° 4: Desempeño global de la gestión de historias clínicas en la IPS, S.M.....	39
Figura N° 5: Gráfico del parámetro Enfoque de la gestión del proceso de auditoría a historias clínicas....	40
Figura N° 6: Gráfico del parámetro Despliegue de la gestión del proceso de auditoría a historias clínicas.	42
Figura N° 7: Gráfico del parámetro Resultados de la gestión del proceso de auditoría a historias clínicas.	44
Figura N° 8: Criterios de evaluación de la característica <u>integralidad</u>	46
Figura N° 9: Criterios de evaluación de la característica <u>secuencialidad</u>	46
Figura N° 10: Criterios de evaluación de la característica <u>racionalidad científica</u>	47
Figura N° 11: Criterios de evaluación de la característica <u>disponibilidad</u>	47
Figura N° 12: Criterios de evaluación de la característica <u>oportunidad</u>	47
Figura N° 13: Hallazgos cualitativos de la gestión de historias clínicas.....	48
Figura N° 14: Análisis de resultados con énfasis en los niveles de evaluación alto – superior.....	49
Figura N° 15: Gráfico del análisis de resultados con énfasis en los resultados de evaluación alto – superior.....	49
Figura N° 16: Valor porcentual de brechas por cada variable.....	50
Figura N° 17: Grafico del análisis de brechas.....	51
Figura N° 18: Matriz de acciones de mejoramiento.....	53

INDICE DE ANEXOS.

Anexo N° 1: Carta del Profesor al Programa para la dirección del Trabajo de Grado.....	61
Anexo N° 2: Solicitud de autorización ante la Gerencia del HPUV para realizar el trabajo de grado.....	62
Anexo N° 3: Autorización de la Gerencia del HPUV para realizar el trabajo de grado.....	63
Anexo N° 4: Mapa de Procesos de la IPS S.M; versión: Septiembre de 2014.....	64
Anexo N° 5: Entrevista y Herramienta 5W1H realizada al Profesional de Calidad de la IPS – SM.....	65
Anexo N° 6: Instrumento de evaluación N° 1: Evaluación General de Auditorías.....	69
Anexo N° 7: : Instrumento de evaluación N° 2: Plan de Auditoría.....	70
Anexo N° 8: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 1 a 4).....	71
Anexo N° 9: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 5 a 8).....	72
Anexo N° 10: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 9 a 12).....	73
Anexo N° 11: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 13 a 16).....	74
Anexo N° 12: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 17 a 18).....	75
Anexo N° 13: Instrumento de evaluación N° 4: Informe de Auditoría.....	76
Anexo N° 14: Instructivo para el diligenciamiento del instrumento lista de chequeo de auditoría.....	77
Anexo N° 15: Carta entrega del proyecto al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana y Experimentación Animal.....	78
Anexo N° 16: Carta Asignación de director de Trabajo de Investigación.....	79
Anexo N° 17: Consentimiento Informado (Pág. 1).....	80
Anexo N° 18: Consentimiento Informado (Pág. 2).....	81

INTRODUCCIÓN.

La presente investigación se desarrolla en el contexto del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, específicamente en *“la Auditoría de los Sistemas de Gestión”*. En Colombia mediante el Decreto N° 1011 del año 2006 (*Título IV*) se establecen los parámetros de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud y estos han de ser en las entidades de salud concordantes con los estándares de acreditación y niveles más altos de calidad. De otra parte los procesos de auditoría son obligatorios y deben estar dirigidos hacia actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos. El presente trabajo de grado incluye los aspectos académicos concernientes a la evaluación realizada *“En el proceso de auditoría, de la gestión de historias clínicas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Mental de tercer nivel del Valle del Cauca; durante el periodo 2014-2015”*. Esta Institución de Salud será denominada en el presente trabajo como: I.P.S - S.M.

Este documento compila los siguientes aspectos: 1) La descripción del problema, 2) La definición del marco de referencia (*legal, contextual y teórico*) para el proceso de auditoría de historias clínicas en una I.P.S del Valle del Cauca; e incluye, 3) El diseño de los instrumentos para evaluar el proceso de auditoría de historias clínicas, 4) Los resultados de la evaluación al proceso de auditoría de historias clínicas y su gestión; la cual inicia de forma retrospectiva y culmina de manera prospectiva durante el periodo 2014 - 2015. Por último presenta: 5) Un plan de mejoramiento para el proceso de auditoría de historias clínicas de una entidad de tercer nivel de salud del Valle del Cauca.

La evaluación que se presenta a continuación toma como referencia el cumplimiento de los criterios para el uso de la historia clínica (*Resolución 1995 de 1999*); además de los criterios específicos de la historia clínica planteados en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario de Colombia; 2011. Dentro de los principales hallazgos se identifican como variables con mayor fortaleza dentro del proceso de gestión de historias clínicas la disponibilidad y la oportunidad. Las variables con mayor porcentaje de brecha en el proceso fueron en su orden de evaluación: la integralidad, seguida de la secuencialidad y de la racionalidad científica.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud; es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad. Y esta hace referencia al mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que es observado en contraste con la calidad esperada de un servicio de prestación de atención en salud (Ministerio de la Protección Social, 2007) (1). En las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S) el proceso de auditorías en salud se implementa a través de la conformación, desarrollo y ejecución del programa de auditorías para el mejoramiento continuo (PAMEC) y este debe contener estándares que superen las aspiraciones de calidad reguladas a través de la Resolución N° 1043 del 2006; por el cual se establece el sistema único de habilitación y la Resolución N° 2680 del 2007; por medio de la cual se realizan ciertas modificaciones de la anterior (2) (3).

En el contexto de las auditorías se incluyen aspectos como la realización de actividades de evaluación, seguimiento, mejoramiento de procesos, guías específicas, normas técnicas, científicas y administrativas que definan la calidad observada vs la calidad esperada, implementación de medidas que propendan por la corrección de las falencias presentadas con respecto a los parámetros de calidad establecidos (Ministerio de la Protección Social, 2007) (1).

El uso de la historia clínica se normaliza en todo el territorio nacional a partir de la Resolución N° 1995 del año 1999 y ésta; es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. En el Art N° 1 de la Resol. 1995 se define la Historia Clínica como *“Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el que se consignan registros cronológicos de todas las condiciones del estado de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. El acceso y/o conocimiento por agentes terceros de este documento privado solo podrá darse con previa autorización y consentimiento del paciente, por el equipo de salud y/o en casos dispuestos únicamente por la Ley”* (4).

Dentro de las características que debe contener la historia clínica se incluye (Art. 3, Resol. 1995/99): 1) la *integralidad* y esta característica hace referencia a los aspectos técnico-científicos y de tipo administrativo pertinentes a la prestación del servicio, es de uso en los diferentes niveles de atención, abordando al usuario como un ser integral. 2) La *secuencialidad* que hace especificidad en el registro cronológico de la historia clínica y también en el manejo archivístico de la misma. 3) *Racionalidad científica*; característica que precisa el diligenciamiento lógico, claro y completo de las intervenciones practicadas al usuario, diagnósticos; entre otros. 4) la *disponibilidad de uso* del mencionado documento privado se hará con las salvedades y restricciones impuestas por la Ley colombiana. 5) La *oportunidad*; característica que induce a la necesidad de realizar un registro inmediatamente posterior a las intervenciones de atención en salud brindadas (4).

Los autores Häyrynen, K., Saranto, K. & Nykänen, P. en su artículo titulado: “*Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature*” aborda la definición de “*Electronic health record*” (E.H.R) (En español: historia clínica electrónica) como un concepto inestable; dada la heterogeneidad de la misma desde los discursos de su estructura. La historia clínica tiene muchas funciones e incluye muchos tipos de datos, es un registro de salud y su contenido debe estar estandarizado. La EHR se usa principalmente para efectos de la fijación de objetivos y planes de la atención del paciente, la documentación de la prestación del servicio y la evaluación de los resultados de atención, e incluye información relacionada con la atención de diferentes profesionales de la salud en diferentes momentos. La calidad y cantidad de información disponible y pertinente registrada en las Historias Clínicas genera un impacto tanto en la atención del paciente y sus resultados, como en la continuidad de la atención (5).

Es por esto que la información de la E.H.R cumple diversas funciones en el proceso de toma de decisiones con relación a la atención del paciente, pero también apoya la toma de decisiones en la gestión administrativa y en las políticas de salud. El mejoramiento de los registros y de la historia clínica es un reto futuro; que obliga a la implementación de terminologías sistemáticas y códigos. De tal manera que la información contenida en estos registros sea mejor aprovechada en aspectos como la investigación en salud, la planificación de los servicios de salud, la gestión administrativa, el proceso de auditorías y los informes del Gobierno (5).

De acuerdo a la revisión de literatura para la evaluación de la calidad de los datos de los E.H.R realizada por Krish Tiru et al. En su artículo “*Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care*”, (En español: Revisión sistemática del alcance y la calidad de las historias clínicas electrónicas de pacientes en la atención primaria) informan que estos registros se han centrado en los elementos estructurados es decir; códigos, clasificaciones y nomenclaturas. Y llama la atención la falta de métodos estandarizados para la evaluación de la calidad de los datos y contenidos de las historias clínicas (6).

Mark Porcheret et al. en su publicación titulada “*Data Quality of General Practice Electronic Health records: The Impact of a Program of Assessments, Feedback and Training*”, (En español: Calidad de datos de la práctica general de registro de historias clínicas electrónicas: los impactos de un programa de evaluación, retroalimentación y entrenamiento) realizan la investigación del impacto de un programa de evaluaciones repetidas, retroalimentación y capacitación sobre la calidad de datos registrados en la historia clínica y se plantean la posibilidad de mejoras en los registros a través de la ejecución de dicho programa. El estudio fue de carácter prospectivo de intervención no controlado, se observaron siete tipos de prácticas en salud en general (% de consultas grabadas con un mismo código Vs % de pacientes que recibieron un tratamiento específico y se calculó la tasa de morbilidad). Los datos fueron comparados con el IV estudio nacional de estadísticas de morbilidad de medicina general de Inglaterra; encontrando que: un programa de auditoría, retroalimentación y capacitación mejora la calidad de los datos registrados en una serie de prácticas y este puede generalizarse a otras prácticas con implicaciones costo-económicas y de recursos; entre estos de tipo humano. En el Norte de Staffordshire como parte del desarrollo de la red de atención primaria desarrollaron y presentaron un grupo de prácticas generales estandarizadas a través de un programa sencillo de auditorías, retroalimentación y capacitaciones respecto a la historia clínica electrónica de atención primaria (EPR) (7).

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

El proceso de auditorías para el mejoramiento de la Calidad que se desarrolla al interior de la IPS SM; esta descrito en el PAMEC (Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad) con código: DG-AMCP como un conjunto de actividades de direccionamiento y gerencia (8). De acuerdo al Mapa de Procesos Institucional está ubicado en el macro-proceso de evaluación; y corresponde al proceso gestión de calidad, evaluación y control (Anexo 1). El procedimiento de auditorías internas está documentado en el Proceso de Gestión Documental y recibe el código: GGDC-AI. Este Documento Institucional define los aspectos concernientes a la actividad de auditoría interna, la metodología de la organización para el sistema de evaluación de la calidad y la selección de auditores. Para la ejecución de las auditorías se utilizan formatos adicionales para el seguimiento al desempeño de los auditores, la planeación de auditorías, listas de chequeo de verificación, reporte de hallazgos, informes de auditoría y evaluación de las competencias de los auditores internos (9).

La IPS S.M institución prestadora de servicios de salud mental de tercer nivel del departamento del Valle del Cauca aproximadamente desde el año 2010 ha venido adelantando un proceso de sistematización de la Historia Clínica con el fin de sustituir la operación manual de las mismas; sin embargo a la fecha actual no se ha concluido la sistematización y se tienen entonces los dos métodos (historia clínica sistematizada e historia clínica manual). Esta situación ha generado varias complejidades (Ej. Diligenciamiento de formatos, disponibilidad de registros y aprovechamiento del software; entre otras) en diferentes instancias relacionadas con la prestación de los servicios de salud y la auditoria. En particular el proceso de auditoría de las historias clínicas es realizado por dos partes, en la externa están auditores de las EPS y auditores del ente de certificación del sistema de gestión de calidad; en la parte interna existe un grupo de auditores internos. Estas partes desarrollan el proceso de auditoría con diferentes metodologías y periodicidad lo cual genera diversos estados o diagnósticos del proceso de auditoría a las historias clínicas.

El informe de gestión del año 2012 de la organización presenta desde el sistema obligatorio de la calidad en salud las actividades realizadas durante la vigencia en beneficio de la calidad de la IPS en aspectos específicos como:

1) *Habilitación:* Adecuación de listas de chequeo establecidas por la ley para realizar auditorías en la institución, se realiza auto-evaluación de los estándares de habilitación y quedando constancia que la I.P.S realiza la renovación de la habilitación el día 18 de Mayo del 2012; la cual será vigente hasta el 17 de Mayo del 2012. Se planteo como objetivo para el año 2013 la realización de una nueva auto-evaluación de seguimiento a los estándares de habilitación.

2) *Certificación:* Dentro de las actividades reportadas se encuentran las reuniones de auditores internos de calidad para establecer los parámetros para continuar con el proceso de evaluación interna de la IPS con el objetivo de conocer el comportamiento de la calidad institucional y establecer mejoras, se realizo el proceso de capacitación para auditores internos según la Norma Técnica Colombiana (NTCGP 1000) con la Institución ICONTEC, se realizo la contratación de un consultor especializado en el proceso de certificación y MECI, con enfoque en la NTC 1000 para evaluar, revisar, actualizar y ajustar el Sistema de Gestión de la Calidad en la IPS. De otra parte reuniones periódicas con los líderes de procesos para la revisión y actualización de los documentos de calidad, se retoma el seguimiento de los indicadores de

gestión y la revisión del cumplimiento de los requisitos de los clientes, se actualiza la plataforma estratégica (programa virtual institucional que publica los documentos oficiales de la institución), se elabora la propuesta del nuevo mapa de procesos institucional, se elabora el programa de auditorías internas de calidad y el primer ciclo de auditorías internas.

3) *Acreditación*: Se reportan actividades realizadas como: auto-evaluación de los estándares de acreditación con base en el Manual de Acreditación Colombiano y apoyados en un asesor especializado, se establecen las oportunidades de mejora en cada estándar, participación en la actualización de la estructura organizacional.

4) *PAMEC (Plan de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad)*: Se identifican oportunidades de mejoramiento a partir de la autoevaluación de acreditación, las oportunidades de mejora son plasmadas en una herramienta ó software institucional denominado GIGACS, con el propósito de consolidarlas, priorizarlas y establecer los planes de mejoramiento. Además de realizar seguimiento a los anteriores planes de mejoramiento.

Sin embargo los resultados de las auditorías realizadas por la parte externa dependen de los resultados del proceso de auditoría interna; de acuerdo con la capacidad del proceso de auditoría interna a las historias clínicas se tienen las garantías ante el proceso de auditoría de la parte externa por tal medida el énfasis de la investigación se concentra en el proceso de auditoría interna a la historia clínica.

De otra parte los resultados del primer ciclo de auditorias realizado durante el año 2013 muestra los siguientes hallazgos: los hallazgos de no conformidad durante las jornadas de auditoría por procesos indica: 27 hallazgos en los servicios asistenciales (urgencias, consulta externa, hospitalización, rehabilitación, intervención social y comunitaria), 4 hallazgos en el proceso de gestión documental, 5 hallazgos en el proceso de gestión de la calidad, evaluación y control. Entre las principales causas de hallazgos asistenciales se reportan: procesos y guías de atención no actualizadas, desconocimiento del responsable del proceso de admisión a urgencias y consulta externa, ausencia de plan de capacitación al personal de servicios ambulatorios y hospitalarios, no socialización al cliente interno de los tiempos de atención en triage, insuficientes medidas para la identificación y de gestión de incidentes y/o eventos adversos, no se evidencia seguimiento a los indicadores de gestión. De otra parte los hallazgos asociados a la gestión de historias clínicas revelan que: “1) *No se encuentra documentado el informe de evaluación de la calidad de la historia clínica institucional* y 2) *No se evidencia adecuaciones en el control de la historia clínica digitalizada y no conformidades relacionadas con su uso.*”

La institución implementa por primera vez a partir del año 2015 un documento institucional denominado “*Manual de manejo de historias clínicas*”; en este se adoptan las definiciones conceptuales de las características normativas que debe tener la historia clínica de acuerdo con la Resolución 1995 de 1999; y se indican otras disposiciones legales vigentes asociadas como: las normas de ética médica y secreto profesional (Ley 23/1981), ley del acceso y uso de mensajes de datos, comercio electrónico y firmas digitales (Ley 527/1999), la ley general de archivo (Ley 594/2000), el Código Penal Colombiano (Ley 599/2000); entre otras.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Así entonces surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo mejorar la gestión de los procesos de la IPS SM, a través de la evaluación y fortalecimiento de la historia clínica?

3 OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL.

- Evaluar y fortalecer la historia clínica a través de una perspectiva de proceso que contribuya al mejoramiento de la IPS S.M en el año 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Definir el marco de referencia para el proceso de auditoría a historias clínicas en la IPS S.M.
2. Diseñar los instrumentos para la evaluación y mejoramiento del proceso de auditoría de Historias clínicas en la IPS S.M
3. Evaluar el proceso de auditorías de Historias Clínicas durante el periodo 2014 - 2015, en la IPS SM.
4. Establecer las directrices para el mejoramiento del proceso de auditoría de historias clínicas en la IPS S.M.

4 JUSTIFICACIÓN.

La IPS S.M es la única institución pública prestadora de servicios de Salud Mental de tercer nivel del Departamento del Valle del Cauca, la cual tiene por objeto brindar servicios de atención en salud mental integral con respeto a la dignidad humana, en donde participan diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entre las metodologías que permiten determinar y evaluar la capacidad del cumplimiento del objeto social institucional y de sus procesos esta la auditoría. En particular la auditoría en Salud para la IPS SM resulta fundamental toda vez que es un requisito legal y normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), además de ser requisito para las Empresas Sociales del Estado y demás instituciones del sector. Es mediante el proceso de auditorías como la institución puede determinar su capacidad para dar cumplimiento a los requisitos de calidad y la satisfacción de los usuarios así como también generar planes de mejoramiento.

De acuerdo con lo anterior la evaluación del proceso de auditoría de historias clínicas y el diseño de un plan de mejoramiento para la calidad de la historia clínica en la IPS S.M; contribuye al fortalecimiento de las capacidades de los procesos de: *Gestión de la Calidad, Evaluación y Control y Gestión de la Información*; además de sensibilizar y empoderar a los diferentes actores de la institución que hacen uso de ella.

De otra parte aporta al mejoramiento continuo y disminuye los riesgos financieros y de sanciones por parte de los entes de control, aspectos que son parte de los retos de un Magister en Administración en Salud; dado que la no consideración económica de la gestión de historias clínicas y el control de los riesgos en una institución y sus procesos son causa del cierre de las entidades o procesos administrativos limitados técnicamente.

5 METODOLOGÍA.

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de investigación del presente estudio es de tipo: descriptivo - evaluativo. Este inicia de manera retrospectiva en el año 2014 – y tiene una evolución prospectiva hasta alcanzar el año 2015.

5.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio evalúa en el marco de las auditorías de calidad y de los sistemas de gestión; la gestión específica de historias clínicas, en diferentes áreas de servicio de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de tercer nivel del Valle del Cauca. Denomina en el presente estudio como IPS S.M.

Dado que la historia clínica en la IPS S.M y su gestión no pertenece a un único proceso institucional y de otra parte es vista como un *“instrumento de uso en diferentes áreas institucionales”*; se evaluará su gestión a través de los diferentes procesos de la IPS que hacen uso directo de este documento técnico-científico, administrativo y legal como son: el proceso asistencial, el proceso financiero y el proceso de gestión de la información.

Se toman como lineamientos normativos referentes para el desarrollo de esta investigación: la Resolución 1995 de 1999, la cual regula el uso de la historia clínica en el territorio nacional y los parámetros definidos en ella: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, oportunidad, la Norma Técnica Colombiana ISO 19011: Versión 2012, la cual evalúa los sistemas de gestión.

Para el diseño de instrumentos se usan como referentes las herramientas de auditoría diseñadas por el Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante y los criterios de evaluación se adaptan de la Resolución 1995/1999 y del Manual Colombiano de Acreditación en Salud, ambulatorio y hospitalario de 2003.

Por último establecer algunas directrices para el mejoramiento del proceso de auditoría y gestión de historias clínicas en la IPS S.M a partir de los resultados que genere la evaluación de la historia clínica en los diferentes procesos.

5.3 FUENTES DE INFORMACIÓN:

Para la realización del presente trabajo de investigación se utilizaron varias fuentes de información, las cuales están subdivididas en: fuentes primarias, secundarias y mixtas. Se presentan en la tabla a continuación:

Figura N° 1: Fuentes de Información.

Fuentes Primarias.	• Observación directa de los procesos institucionales y de las tareas ejercidas por el talento humano de cada proceso. • Entrevistas (abiertas y semi-estructuradas) a funcionarios de la IPS SM. • Documentos oficiales de la IPS SM (Manuales de procesos y procedimientos). • Informes técnicos de calidad de la IPS SM (Reportes de auditorías internas del año 2013 e informe de gestión del año 2012).
Fuentes Secundarias	• Libros impresos y virtuales. • Artículos virtuales en PDF (en español y segunda lengua: ingles).
Fuentes Mixtas.	• Internet. • <u>Bases de datos:</u> <i>Academic Search Premier (EBSCO), PubMedCentral® (PMR), SCIELO.ORG, ELSEVIER.</i> • <u>Sitios Web:</u> Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/es/), Organización Panamericana de la Salud (http://www.paho.org/hq/), Min-protección social Colombia (http://www.minsalud.gov.co), Research Institute Ottawa Hospital (http://www.ohri.ca), ISO.

Fuente: Elaborado por Investigador Principal; 2015.

5.4 FASES O ETAPAS DEL PROYECTO:

FASE 1: Recolección de datos y definición del marco de referencia.

Para definir el marco de referencia para el proceso de auditoría a historias clínicas en la IPS SM; previa autorización por el representante legal de la Institución (Ver anexos 2 y 3); se realiza inicialmente una revisión documental de manuales y procedimientos institucionales relacionados con: las auditorías de calidad y mejoramiento continuo y aquellos específicos del uso de la historia clínica (Manual de historias Clínicas, Manual de auditorías internas y gestión de la calidad). Para caracterizar el uso de la historia clínica y su gestión se realizaron tres entrevistas (Dos entrevistas abiertas y una entrevista semi-estructuradas (Anexo N° 5)) a algunos funcionarios de diferentes áreas de trabajo de la IPS y que están involucrados directamente en la gestión, el uso y la manipulación de la historia clínica; todos mayores de edad y estos son: El Gerente, el subgerente científico, un funcionario del archivo, la jefe de facturación, el ingeniero en sistemas, el jefe de calidad y un profesional asistencial.

De manera posterior se realizó una revisión teórico-normativa sobre el contexto del Sector Salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Salud Mental y políticas públicas que la regulan. Los sistemas de gestión, el proceso de auditoría y las auditorías en salud; además de artículos relacionados con el uso de la historia clínica en versión electrónica, la normatividad del país relacionada con el uso de

la historia clínica y los sistema de gestión. Utilizando las fuentes de información descritas en la figura N°1 (Fuentes de información; 2015).

FASE 2: Diseño de instrumentos.

Para el diseño de los instrumentos para la evaluación del proceso de auditoría y de la gestión de historias clínicas en la IPS SM; se usaron como referentes las herramientas de auditoría (formatos: plan de auditoría, proceso de auditoría, lista de chequeo, informe de auditoría) diseñados por el Docente experto en calidad de la Universidad del Valle, Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante (que se adjuntan en los anexos). Y los criterios de evaluación fueron seleccionados, revisados y ordenados de acuerdo a su correlación con las características de la historia clínica. Tomados de la Resolución 1995/1999; por la cual se regula el uso de la historia clínica en Colombia y del Manual Colombiano de Acreditación en Salud, ambulatorio y hospitalario del año 2003 (*Documentos que regulan en Colombia los aspectos legales y de calidad de la historia clínica*).

FASE 3: Evaluación y Análisis de Brechas.

Para ejecutar la evaluación del proceso de auditoría y gestión de historias clínicas en la IPS SM; se aplicaron algunos instrumentos como por ejemplo: 1. Lista de Chequeo de auditoría, 2. Instructivo de auditorías, 3. Consentimiento informado.

El instrumento lista de chequeo para la auditoría (ajustado a criterios de la Resolución 1995 y Manual Colombiano de Acreditación de Salud) presenta el estado actual de cumplimiento (superior, alto, medio, bajo, inferior) de la gestión que realiza la IPS SM a las historias clínicas.

Los instrumentos se aplicaron a siete (7) funcionarios de la I.P.S S.M. y estos son: El Gerente, el subgerente científico, un funcionario del archivo, el funcionario jefe de facturación, un ingeniero en sistemas (responsable de la seguridad de historias clínicas), el jefe de la oficina de calidad y un profesional asistencial. Todos los funcionarios personas mayores de edad (>18 años), y los cargos que desempeñan son representativos de cada área involucrada en el uso y gestión de la historia clínica, la aplicación de instrumentos tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

FASE 4: Plan de Mejoramiento.

El plan de mejoramiento se desarrollo mediante la utilización de una “*tabla o matriz*” que agrupa algunas recomendaciones para cada característica de la historia clínica descrita en la Resol. 1995/99 y mediante el diligenciamiento del instrumento denominado “*informe de auditoría*” a partir de los resultados que proporcione la evaluación al proceso de auditoría y a la gestión de la historia clínica en la I.P.S S.M.

Presentar a la IPS una “*matriz de mejoramiento*” permitirá desplegar algunas directrices para el programa de auditorías de calidad de la I.P.S S.M. con relación a la gestión actual institucional de sus historias clínicas.

5.5 CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO.

El proyecto de investigación “*Evaluación del proceso de auditorías, caso de estudio: auditoría a historias clínicas en una IPS de tercer nivel del Valle del Cauca- 2015*”, tiene una duración y valor estimado que se describen a continuación.

Figura N° 2: Cronograma.

CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN:														
"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DEL VALLE DEL CAUCA - 2015".														
Actividad		Tiempo: AÑOS 2015-2016.												
No.	Denominación	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13
		Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene
1	Selección y revisión de la bibliografía													
2	Elaboración del anteproyecto													
3	Construcción y aplicación de instrumentos													
4	Revisión por el comité de ética de la Universidad.													
5	Recolección y análisis de información del trabajo de campo													
6	Elaboración de resultados de la investigación													
7	Realización y sustentación del informe final de la investigación													

Fuente: Elaborado por Investigador Principal; 2015.

Figura N° 3: Presupuesto.

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN:									
"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DEL VALLE DEL CAUCA - 2015".									
PRESUPUESTO DEL PROYECTO POR SEMESTRE ACADÉMICO.									
No.	RECURSO.			Inversión estimada de tiempo en			Fuentes de investigación		
	Denominación	Unidad de medida	Valor aproximado/ Unidad	Nº horas/ semana	Nº horas/ mes	Nº horas/ semestre (*K)	UNIVALLE Valor/mes	Investigador Principal Valor/mes	TOTAL Valor/semestral
1	Material bibliográfico BASES DE DATOS UNIVALLE - BIBLIOTECA (3 HORAS/SEMANA) COMPRA DE LIBROS (6 Ud) - Valor Ud = \$ 66.700	NO APLICA	\$105.222	8	32	144	\$ 31.500	\$ 418.488,0	\$ 2.024.946
2	Dedicación tiempo del estudiante	Hora	\$10.300	8	32	144	\$ -	\$ 329.600	\$ 1.483.200
3	Asesorías Director Proyecto de Investigación	Hora	\$51.500	4	16	72	\$ 824.000	\$ -	\$ 3.708.000
4	Trabajo de campo Investigador Principal	Hora	\$10.300	8	32	144	\$ -	\$ 329.600	\$ 1.483.200
5	Asesorías servicios de biblioteca	Hora	\$10.500	0,5	2	9	\$ 21.000	\$ -	\$ 94.500
6	Gastos de papelería y servicios de comunicaciones (Semana). INTERNET/HORA \$ 2000 FOTOCOPIAS/UD \$50 IMPRESIÓN/UD \$ 250 LLAMADA CELULAR/MIN \$ 150	Semana	\$32.000	16	64	288	\$ -	\$ 128.000	\$ 576.000
7	Transportes y servicios asociados GASOLINA VEHICULO/GALON \$ 8402 PARQUEADERO/HORA \$ 2500 + \$1000 hora adicional	Semana	\$11.200	4,5	18	81	\$ -	\$ 44.800	\$ 201.600
TOTAL				49	196	882	\$ 876.500	\$ 1.250.488	\$ 9.571.446
Duración del semestre en semanas		18							
Duración del semestre en meses		4,5							

Fuente: Elaborado por Investigador Principal; 2015.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La información recolectada en el presente estudio se utilizará bajo condiciones estrictas de reserva y no será divulgada sin previa autorización escrita de la I.P.S S.M. Solo será utilizada con fines académicos; en el marco del trabajo de investigación: *“Evaluación del Proceso de Auditorías. Caso de estudio: Auditoría a Historias Clínicas en una IPS de tercer nivel del Valle del Cauca”*; y se sujeta a las disposiciones legales según la Resolución N° 8430 de 1993; por la cual se reglamentan las *“Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud”*.

La aplicación de instrumentos de evaluación de tipo auditoría en salud, no ofrece riesgo alguno para la institución de salud en la que se llevo a cabo la investigación; ni para los sujetos humanos que laboran en ella. Como son daños o riesgos de tipo: físico, psicológico, social o legal.

Sin embargo; si se identifican resultados no favorables en la gestión institucional de historias clínicas; estos serán presentados ante la Gerencia de la institución como oportunidades de mejora (*recomendaciones*) y con un plan de mejoramiento formulado a través de una *“matriz de mejoramiento”*. Este plan de mejoramiento formulado será de gran utilidad para la toma de decisiones y medidas que conlleven al mejoramiento de la historia clínica y de la gestión de los procesos de salud y calidad de la Institución.

CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

De acuerdo con las categorías de clasificación para las investigaciones en salud descritas en la ***Resolución N° 008430 de 1993*** del Ministerio de Salud de Colombia; la presente investigación puede clasificarse como una ***investigación sin riesgo*** tal como se especifica en el Artículo N° 11; Parágrafo (a) y que se anexa a continuación de manera textual:

a) Investigación sin riesgo: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Sin embargo existe la posibilidad que en toda investigación se presenten riesgos asociados a su ejecución y/o riesgos durante la recopilación de la información y análisis de los datos. Considerando esta posibilidad el presente estudio podría proporcionar un ***“riesgo muy bajo o mínimo”***; el cual se pretende controlar a través del diseño de instrumentos apropiados que garanticen la privacidad y reserva de información de los sujetos participantes; por lo que estos serán codificados con códigos alfa-numéricos. De otra parte se realizarán acuerdos de confidencialidad mediante el diligenciamiento del consentimiento informado y el cumplimiento de las exigencias y normas del comité de ética de la Universidad del Valle.

4.5.1 DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERESES.

El investigador principal (autor) del presente trabajo de grado declara no tener conflictos de intereses en la elaboración de este documento, ni con la institución de salud en la que se desarrollará la investigación.

6 MARCO DE REFERENCIA.

El marco teórico del presente estudio inicialmente muestra la descripción referencial de una Institución del sector Salud especializada en la atención de enfermedades de la salud mental y psiquiatría. Se presenta y describe el contexto mundial, latinoamericano y nacional de la salud mental, se despliegan datos estadísticos con relación a la carga de morbilidad mundial que representa la enfermedad mental, la existencia de políticas públicas, la destinación de recursos y se presenta el entorno nacional actual de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de las dirigidas específicamente a la atención en salud mental y psiquiatría. Donde se evidencia que a medida que se incrementa la esperanza de vida, producto del desarrollo y de los avances en salud; se ha venido presentando también una modificación en el perfil de la morbilidad a escala mundial. Pasando las enfermedades infecciosas a representar una menor carga e incrementándose la carga de enfermedad mental. Se espera que para el año 2020 a nivel mundial; las principales causas de consulta en los diferentes servicios de urgencias sean: *los trastornos mentales*.

Se presenta también un marco normativo nacional con relación al propósito, la estructura y las metodologías del sector salud y las específicas de la salud mental. Incluyendo también la normatividad relacionada con la calidad en salud y los requisitos del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) en la prestación de los servicios de atención en salud.

Por último se desarrolla el marco teórico con relación a: la auditoría en salud y la descripción del proceso de auditoría en el contexto de los sistemas de gestión; específicamente en el proceso de auditoría de la gestión de historias clínicas de una institución de atención en salud mental de tercer nivel.

Dado el perfil actual de la morbilidad mundial, el cual posiciona en las primeras causas de consulta los trastornos mentales; teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales hacia la necesidad de optimizar *las intervenciones, las políticas y los recursos* destinados a la salud mental; es importante reflexionar acerca de la responsabilidad que le compete a cada actor del sistema de salud; y dentro de esta reflexión reconocer que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ejercen un rol fundamental en la racionalización de los recursos y respuesta efectiva al paciente/usuario; a través del mejoramiento continuo de la gestión de sus procesos y del mejoramiento de sus sistemas de información de manera coherente con la prestación de sus servicios.

6.1 MARCO CONTEXTUAL.

5.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA IPS – S.M

La Institución Prestadora de Servicios de Salud; denominada en el presente estudio IPS S.M es una institución de salud especializada en la prestación de servicios de atención en salud mental y psiquiátrica. Es una institución pública de tercer (3er) nivel; considerada actualmente como el centro de atención de mayor complejidad psiquiátrica del sur-occidente del país (10).

En Santiago de Cali en el año de 1940 la asamblea del Departamento del Valle dicta la Ordenanza N° 26 dando vía libre a la construcción de un hospital; sin embargo 11 años después solo se tenían las primeras construcciones y no existía aun la estructura suficiente para lo que se pretendía; para el año 1950 se funda oficialmente el Hospital Psiquiátrico por gestión de algunos miembros de la ciudad. Inicialmente su función era brindar atención a personas dementes y enfermos mentales. En 1955 la Universidad del Valle se vincula a la institución en calidad de ente consultor y responsable de las intervenciones clínicas; seguidamente la Facultad de medicina de la Universidad del Valle inició su proceso de enseñanza científica en el área de psiquiatría en el antiguamente llamado “Asilo de locos San Isidro”, lugar que había servido como escuela correccional (10) (11).

El Dr. Gabriel Velásquez Palau y el Dr. Carlos León psiquiatra vinculado a la Universidad de Tulane (EE.UU) inicia el montaje de Universitario en el Hospital San Isidro. A su llegada al Hospital se encuentran con un grupo de pacientes abandonados, en muy malas condiciones de vida, carentes de cuidados médicos básicos y sometidos a medidas inhumanas para el manejo de su conducta con métodos como: reclusión en calabozos, encadenamiento, baños con agua fría y uso de camisas de fuerza cuidados por guardianes, pero con la llegada del Dr. León; el asilo se convirtió en un hospital para la rehabilitación del paciente mental y la Universidad del Valle asumió el compromiso de desarrollar lo que actualmente conocemos como Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Empezando a realizarse *Historias Clínicas*, clasificación de pacientes según enfermedad, y por primera vez la administración de medicamentos como parte del tratamiento integral para su recuperación (10) (11).

En este contexto la institución inicia su posicionamiento desde la mirada asistencial y académica, y para la década de los sesenta recibe la visita de dos comisiones internacionales; quienes dan testimonio de la calidad de atención para la época. El departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle como centro colaborador recibe reconocimiento oficial de la OMS y el Hospital pasa a ser referente clínico, pionero en investigación y en tratamientos psiquiátricos modernos (10) (11).

Con la implementación de métodos de cuidado al paciente mental como los ya mencionados la Institución llega a convertirse en Empresa Social del Estado (E.S.E). Legalmente reconocida en el documento 1808 de Octubre de 1996 expedido por la Gobernación del Departamento; posteriormente en la ordenanza N° 120 de Agosto 13 de 2001 se modifica su antiguo nombre; también se reorganiza su Misión y la institución se orienta hacia: *“Brindar servicios de salud mental integral a través del establecimiento de condiciones hospitalarias de excelencia regidos por el respeto a la dignidad humana con calidad técnico científica y académica, comprometidos con el desarrollo del talento humano y el manejo eficiente de los recursos”*, en ruta a esa misión, la visión del hospital pone a la institución como modelo en la prestación de servicios de salud mental integral reconocida nacionalmente por sus logros en el campo de la investigación psiquiátrica, manejo terapéutico del paciente y liderazgo en gestión hospitalaria (10) (11).

Para los años noventa la institución se ve gravemente afectada por los problemas del Sistema de Salud del país. Sin embargo; el compromiso de su talento humano hizo que los procesos para enfrentar la situación no sólo lograran mantener la calidad de los servicios; si no mejorarla. Por lo que para el año 2008 el Hospital recibe reconocimiento con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad, I.S.O 9001 – versión 2008. Un año después (2009) el órgano evaluador Nacional ICONTEC; homologado internacionalmente por el ente ISQUA, emite el certificado de Acreditación en Salud; siendo para esta fecha el primer Hospital de atención en psiquiatría en Colombia y en Latino América en obtener la acreditación. Actualmente el Hospital Psiquiátrico es líder en la atención en salud del paciente con enfermedad mental; de acuerdo con los avances científicos actuales y protocolos en psiquiatría; es centro de educación

universitaria, cuenta con un mejor sistema de información y atención del usuario para garantizar el cumplimiento de las necesidades del paciente; además de contar con programas especiales creados por la institución como el servicio de atención domiciliaria, psiquiatría itinerante, tele-psiquiatría y psicología en escuelas; estos como estrategia de contribución social para la población del Valle del Cauca y sur-occidente del país; y el programa de seguridad del paciente (10) (11).

5.1.2 SALUD MENTAL Y CONTEXTO.

Según una publicación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S); “*Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*” para el año 2011; las políticas y la prestación de servicios relacionados con la atención en salud mental son insuficientes y carecen de respaldo por los diferentes Gobiernos a escala mundial. Estos últimos son los responsables de garantizar el respeto de los derechos humanos y la protección integral de sus poblaciones frente a los riesgos en salud y otros aspectos como los de tipo político, social y económico. Por lo que la re-orientación de las políticas en el marco de la salud mental es una necesidad urgente; dado que este tipo de alteraciones no corresponden únicamente a factores de tipo endógeno – biológico; sino que trascienden y abarcan otros trastornos psicopatológicos del mismo orden y que se relacionan con factores exógenos como: el uso de alcohol, el uso de sustancias psicoactivas, problemas medio-ambientales, sociales, económicos, laborales y los diferentes tipos de violencia como: la social, individual, sexual, de género, familiar y comunitaria. Por ende las intervenciones multidisciplinarias en salud mental no son competencia exclusiva de instituciones hospitalarias, especialmente las dedicadas a la atención en psiquiatría; sino que los cuidados y atención deben brindarse desde los servicios comunitarios y es necesario que estén integrados en los diferentes servicios de atención en salud en general (12).

El proyecto *ATLAS* (OMS, 2011) define una política en salud como aquel documento emitido por un Gobierno y/o Ministerio de Salud en el que se expresan los objetivos para mejorar el contexto y la situación del país en términos de la salud. Las políticas en salud deben orientarse hacia la sensibilización individual, social, la conciencia política, el respaldo de los sistemas de salud y la aprobación social. También hacia la promoción y la prevención de la enfermedad, la capacitación de la población para ejercer mayor autocontrol sobre su estado de salud; además de las intervenciones desde el enfoque comunitario. Hacia el tratamiento y la rehabilitación; como la asistencia clínica para aminorar el impacto que ocasiona la enfermedad sobre la calidad de vida de las personas y el manejo de las secuelas de quienes las padecen (13).

El proyecto *ATLAS* recolecta información de 185 países que representan el 99.3% de la población mundial y en este; presenta algunos resultados que contextualizan la realidad del entorno de la salud mental. Las enfermedades mentales representan la quinta de las diez (5/10) causas de invalidez a escala mundial; lo que se aproxima al 12% de la morbilidad mundial. Además reportan que la tercera parte (75%) de los países analizados declara no tener presupuesto destinado a la atención en salud mental; y del presupuesto para la atención en salud pública menos del 1% se utiliza para ella. El 41% de los países no dispone de una política Nacional de salud mental; principalmente África y el Pacífico Occidental y las reportadas como muy deficientes son las del Mediterráneo. El 25% carece de legislación sobre la salud mental. El 28% no tienen un presupuesto independiente destinado para la atención en salud mental y el 41% de estos países no dispone de centros de tratamiento para trastornos mentales graves en el nivel de atención primaria, el 37% carece de centros y programas de atención comunitaria y el 65% de la camas para atender a la población con enfermedad mental solo se encuentra en hospitales psiquiátricos. Más del 25% de los países carecen de medicación psiquiátrica en los niveles primarios (13).

Para el año 1993 en Colombia se reportaron 113.319 personas dentro del grupo de las deficiencias, personas con retraso o déficit mental; lo que para la época represento un 16.6% (14). El estudio Nacional de salud y enfermedad mental de Colombia (2003) revela que la prevalencia de trastornos de la salud mental en el país es de un 40.1%; reportando que esta cifra corresponde a personas que han padecido alguna vez en la vida un trastorno mental; de esta cifra el 16% corresponde a la prevalencia de enfermedad mental del último año y el 7.4% al último mes. La región con mayores cifras de prevalencia reportadas es Bogotá con un 46.7%; principalmente con trastornos afectivos. Como ejemplificación de las edades de aparición de algún trastorno mental en Colombia se reportan algunos diagnósticos como: trastorno depresivo (24 años), Hipomanía (27 años), Manía (20 años), dependencia al alcohol (21 años), farmacodependencia (19 años), fobia social entre los 14 y 16 años, trastorno desafiante (10 años), ansiedad de separación (8 años), fobias específicas (7 años), trastornos de atención (5 años). El estudio concluye que 2 de cada 5 personas han presentado al menos un trastorno mental alguna vez en su vida, reportando una frecuencia por diagnósticos así: trastornos de ansiedad 19.3%, trastornos del ánimo 15%, trastornos por uso de sustancias 10.6% (14).

5.1.3 OFERTA DE INSTITUCIONES PARA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.

La OMS informa en su proyecto de los recursos mundiales de la salud (ATLAS, 2011) que: la mediana mundial de camas psiquiátricas por cada diez mil (10.000) habitantes es de 1,6 y el 65 % de camas corresponde a hospitales psiquiátricos. Más del 40% de los países adscritos a la OMS, que representan aproximadamente un 65% de la población mundial tienen acceso a menos de una cama psiquiátrica por cada 10.000 habitantes, y el déficit principal de camas psiquiátricas se reporta en África y Asia Sud-Oriental (13). Casi dos terceras partes de la población mundial tienen acceso a menos de una cama por cada diez mil (10.000) habitantes y más de la mitad del total de camas, están en instituciones psiquiátricas que comúnmente no cuentan con cuidados especializados en salud mental y ofrecen principalmente una función de custodia (12).

En Colombia la información disponible en cuanto a la infraestructura de los servicios de salud mental es bastante incompleta y desactualizada. Además es difícil obtener información reciente con relación a los indicadores de recursos, acceso, cobertura y utilización hospitalaria. De otra parte los servicios de salud mental se caracterizan por una distribución desigual; amplias zonas del país tienen déficit de acceso a las instituciones de atención en psiquiatría y salud mental (15).

Entre 1986 – 1987 se realizó un estudio macro-diagnóstico de la salud mental en Colombia; en este se informa que: para el año de 1986 Colombia contaba con 11 hospitales mentales ubicados en 9 servicios seccionales; había una capacidad de 2.549 camas en el sector oficial y 2.690 en el sector privado. Las unidades de salud mental se encontraban distribuidas en 15 servicios seccionales con 340 camas. Para 1.987 se reportan 2.787 camas en el sector oficial y 2.677 camas en el sector privado, con una tasa para la nación de 0,18 por mil (1.000) (15).

Un estudio realizado en el año 2012 en la Universidad Nacional de Colombia (sede Bogotá); llamado *“revisión de lineamientos y estrategias en salud mental en Colombia y Chile”* expresa que para el año 2005 en Colombia existían 512 servicios de psiquiatría habilitados, 1980 servicios de psicología, 9 hospitales psiquiátricos públicos y 1.343 camas psiquiátricas. Sin embargo aún se observa un acceso limitado a este tipo de servicios; probablemente aún por carencias en los planes de beneficios y

diferencias entre los regímenes de salud. De otra parte no se especifica ni la localización geográfica de estos centros de atención de salud mental, ni el tipo de servicios que son (16).

Las estadísticas con relación a la disponibilidad de camas e instituciones de atención en salud es escasa; además no se encuentra discriminada por tipo de servicios y tampoco por áreas específicas de atención en salud. La organización Panamericana de la Salud (OPS) en su sitio web presenta una publicación denominada “*salud en las Américas - Colombia*” en la que publica algunos acercamientos estadísticos en materia de Salud. Entre los años 2004 – 2009 el número total de instituciones prestadoras de servicios en salud aumento de 13.840 a 26.824 y el número de camas asciende de 52.475 (tasa de 1,2 por 1.000 habitantes en 2004) a 73.063 (tasa de 1,6 por 1.000 habitantes en 2009). El número de Empresas Sociales del Estado paso de 4.466 en 2004 a 4.602 en 2009; esto dado la liquidación de algunas instituciones del orden público por ser insostenibles. Entre 2002 y 2010 se modernizaron 243 hospitales públicos y se mejoro su capacidad de gestión. Aproximadamente 20 instituciones voluntariamente alcanzan estándares superiores de calidad y adquieren la acreditación en salud; y para la fecha aproximadamente 100 Empresas Sociales del Estado inician el proceso de acreditación; esto producto de la política de garantía de calidad de atención y el establecimiento de los sistemas únicos de habilitación y acreditación (17).

6.2 MARCO LEGAL.

5.1.4 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.

La Ley 100 de 1993 es la Ley estatutaria por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia y se dictan otras disposiciones; con relación al Sistema General de Pensiones y Sistema General de Seguridad Social en salud. También define los integrantes del Sistema General de Salud y sus funciones, establece la descentralización administrativa de las instituciones prestadoras, obliga al desarrollo de actividades de: coordinación, vigilancia y control en salud; así como el establecimiento de mecanismos de control y calidad para la prestación de los servicios de salud. Además de asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y establecer dos regímenes en salud. Esta Ley define la seguridad social integral como: “*Un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que dispone una persona y la comunidad para gozar de calidad de vida, mediante el cumplimiento de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral en salud y materia económica de los habitantes del territorio nacional, con la finalidad del bienestar individual y de la comunidad*”. Además dicta los lineamientos para la ejecución y prestación de los servicios de seguridad social como son: la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (18).

5.1.5 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.

Colombia ha desarrollado diferentes propuestas y lineamientos en materia de salud mental; además de una reciente Ley específica para el fomento y la protección de la salud mental en la población Colombiana; sin embargo aún faltan mayores esfuerzos por parte del Estado y desde el orden político para la ejecución real de este marco normativo. Esfuerzos que vallan de la mano con un presupuesto específico para el abordaje integral de la salud mental y que sea concordante con las necesidades reales del país. Renglón seguido es deber del Estado proporcionar educación continua a la población en general y a los

trabajadores de la salud en materia de salud mental; además de brindar apoyo, respaldo y un trabajo colaborativo que conlleve a la calidad y el mejoramiento continuo de los sistemas de información y de los procesos de atención que ofrecen las diferentes instituciones prestadoras de este tipo de servicios.

Por primera vez en el año de 1998 Colombia adopta una Política Nacional de Salud Mental; mediante la *Resolución 2358* (de junio 18). Esta resolución se crea bajo la consideración de un perfil epidemiológico disponible para la época que revelaba una alta prevalencia de alteraciones de la salud mental y el aumento progresivo de la incidencia de estas; además de un proceso de “modernización del Estado”; dado por la descentralización institucional, la reforma al Sistema General de Seguridad Social y la implementación de la ley 100/93 (15).

Esta Política Nacional tiene por objeto: *“Promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental, mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases”*. Las estrategias planteadas en esta Resolución son: 1. *fortalecer la promoción de la salud mental* a través de programas con énfasis en auto-cuidado, habilidades para la vida y estilos de vida saludable, divulgación masiva y educación en temas como: prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, fortalecimiento de redes de apoyo social y participación social en los problemas de la salud mental. 2. *Prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales en todos los entes territoriales*. 3. *La reorientación en la prestación de servicios en salud mental: a través de la participación de la familia en los planes de atención y orientando los programas a la prevención de la discapacidad y fomentando la rehabilitación psicosocial desde la comunidad y el mejoramiento de las competencias sociales*. 4. *Establecer la calidad y equidad como principio fundamental de la atención*, 5. *Coordinación de la gestión intra e intersectorial*. 6. *Prevención del uso de sustancias psicoactivas*. 7. *Establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación* (15).

El Plan Nacional de Desarrollo (2010-2014) hace énfasis en que las estrategias para alcanzar *“la prosperidad para todos”* deben estar orientadas a garantizar el funcionamiento del sistema de protección social, la consolidación de un sistema de salud sostenible de calidad y con cobertura universal; dando especial atención a la población más vulnerable. Por otra parte involucra la igualdad de oportunidades para la prosperidad social de los colombianos. Esto significa mayor empleo, menos pobreza, mayor seguridad y respeto por la dignidad humana sin ningún tipo de exclusión y/o discriminación. Este plan Nacional también indica que la inversión social y la igualdad social impacta de manera positiva el bienestar de la población; convirtiéndose luego en crecimiento económico e incremento de la productividad de la Nación (19).

La reciente Ley Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) tiene como propósito *“garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud...”*. Establece los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental, incluye las redes sociales, la familia y la comunidad de las personas que padecen trastornos mentales, especifica la inclusión de políticas de promoción y prevención específicas de la salud mental en los planes decenales y nacionales de salud pública; también en los planes territoriales y de intervención colectiva; garantizando el acceso a toda la población civil; y estas acciones son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades territoriales y todas aquellas relacionadas con la prestación de los servicios de salud mental, incluido en el ámbito laboral. Esta ley también obliga a los entes territoriales y a las empresas administradoras de planes y beneficios tanto privadas como públicas de garantizar una red integral de

prestación de servicios en salud mental. Esta ley hace pública la conformación del consejo Nacional de Salud Mental instancia responsable de evaluar y realizar seguimiento del cumplimiento de las políticas actuales en materia de salud mental y de la reducción de consumo de estupefacientes, la política pública de atención y prevención de la adicción a sustancias, tendrá carácter consultor y trabajara de la mano con el Ministerio de Salud y Protección Social (20).

5.1.6 SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en Colombia se crea mediante el Decreto N° 1011 del año 2006; su objetivo es el de proveer en el territorio Nacional servicios de atención en salud para la población Colombiana de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Este Sistema está integrado por cuatro sub-sistemas en escala ascendente con relación al mejoramiento continuo en salud; estos son: sistema único de habilitación, Auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. Las acciones del SOGC se deben orientar hacia la mejora de los resultados de la atención en salud; teniendo como pilar de la calidad *“la satisfacción de las necesidades del usuario”* y para dar cumplimiento a este propósito establece la obligatoriedad de cumplimiento de las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertenencia y continuidad (21).

El sistema único de habilitación definido en el Título III, Capítulo I del Decreto N° 1011 del año 2006; es: *“el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las entidades administradoras de planes de beneficios.”* Y mediante la Resolución 1441 del 6 de Mayo del año 2013 se definen los procedimientos y las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios. Esta Resolución opera en forma de manual de habilitación, incluye además los paquetes instruccionales y guías de buenas prácticas para la seguridad del paciente; haciendo las especificidades por tipo de servicio y nivel de atención (21).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud; direcciona a los programas de auditoría de las instituciones de salud en general; para ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Además en este Decreto (1011/2006) se determina el carácter de los procesos de auditorías; como obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (21).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica acciones como: la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. El modelo de

auditoría debe ser realizado bajo acciones preventivas, acciones de seguimiento y acciones coyunturales (o de alerta) (21).

Todas las instituciones obligadas a desarrollar procesos de auditorías para el mejoramiento de la calidad deberán operar en los siguientes niveles: 1. auto-control: en este nivel se debe planear, ejecutar, verificar y ajustar los procedimientos en los cuales participa con la finalidad de ser realizados bajo estándares de calidad definidos por la organización y normas vigentes. 2. Auditoría interna: en este nivel se deben realizar evaluaciones sistemáticas dentro de la institución y estas se deben ejecutar por miembros ajenos al proceso evaluado. 3. Auditoría externa: este nivel incluye acciones de evaluación sistemática ejecutadas por un ente externo a la institución evaluada; con la finalidad de verificar la realización de las auditorías internas y auto-control; además de implementar un modelo de auditoría de segundo orden. Y en el caso de las entidades que comprenden servicios de salud a otras instituciones; deberán desarrollar obligatoriamente el nivel de auditoría externa (21).

El sistema único de acreditación (Art.41) se define como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo, procedimientos de autoevaluación, de mejoramiento y de evaluación externa. Estos tienen como propósito demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, también las administradoras de planes de beneficios; además de los entes de dirección departamental, distrital y municipal que voluntariamente se acojan al proceso. Todas las entidades evaluadas por el sistema único de acreditación; deberán tener inicialmente la certificación de habilitación y el cumplimiento de todos los requisitos de este sistema (21).

5.1.7 NORMATIVIDAD INTERNACIONAL ISO.

6.2.1 NORMA TÉCNICA ISO-19011/2002.

La Organización Internacional de Normalización (ISO) en el año 2002 publica la primera versión de la Norma Técnica ISO-19011; la cual proporciona las directrices para la auditoría de los Sistemas de Gestión de la Calidad y/o ambiental. Presenta en su documento la orientación de los principios de la auditoría, la gestión de los programas de auditoría, la realización de auditorías de los sistemas de gestión de la calidad y gestión ambiental; además expone las competencias del auditor. Esta norma es aplicable a todas las organizaciones que gestionan un programa de auditoría y/o que deban realizar auditorías internas y/o externas de sus sistemas de gestión (22).

Esta norma además presenta el ejercicio de la auditoría como un que-hacer profesional que depende del cumplimiento de unos principios. Y estos son los que convierten a la auditoría en una herramienta eficaz y confiable; que se desarrolla en apoyo de las políticas y los controles de gestión; generando así información sobre la cual una organización puede establecer mejoras en su desempeño. De otra parte el cumplimiento de los principios de auditoría (*la conducta ética, la presentación ecuaníme, el debido cuidado profesional, la independencia, el enfoque basado en la evidencia*) es un requisito para proporcionar conclusiones pertinentes y suficientes; además les permite a los auditores trabajar de manera independiente y a pesar de ello alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares (22).

6.2.2 NORMA TÉCNICA ISO-19011/2012.

La primera actualización de la Norma Técnica ISO 19011, no establece requisitos; sino que brinda orientación sobre la auditoría de los sistemas de gestión, incluyendo los principios de la auditoría, la gestión de un programa de auditoría y la realización de auditorías de sistemas de gestión; también la orientación sobre la evaluación de las competencias de los equipos auditores y todos sus actores. Esta norma técnica es aplicable a todas las organizaciones que necesitan realizar auditorías internas o externas de sus sistemas de gestión, o requieran gestionar un programa de auditoría (23).

Algunos términos del contexto de la auditoría utilizados en la norma técnica y sus definiciones según NTC-ISO19011 (ISO, 2012, p. 1-4) son:

Auditoría: hace referencia a un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría. La auditoría interna o de primer nivel que es realizada por la propia organización o en su nombre para la revisión por la dirección y para otros propósitos internos como verificar la eficacia del sistema de gestión y obtener información para la mejora del sistema de gestión. La auditoría externa incluye auditorías de segunda y de tercera parte. Las auditorías de segunda parte son realizadas por partes que tienen algún interés en la organización como clientes u otras personas en su nombre. Las auditorías de tercera parte son realizadas por organizaciones auditoras independientes como: autoridades reglamentarias o aquellas certificadoras. La auditoría combinada hace referencia a ejecutar auditorías juntas de sistemas de gestión de disciplinas diferentes como: calidad y ambiental. La auditoría conjunta es cuando dos o más organizaciones cooperan para auditar un único auditado (23).

El proceso de auditoría incluye conceptos como: a) **Criterios:** son el conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría. b) **Evidencias:** son los registros, declaraciones de hechos o cualquier información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable. c) **Hallazgos:** Son los resultados de la evaluación de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad. Estos permiten identificar oportunidades de mejora o el registro de buenas prácticas en una institución. d) **Conclusiones:** Son los resultados de una auditoría que se emiten tras considerar los objetivos y los hallazgos de la auditoría. e) **Cliente:** organización o persona que solicita la realización de una auditoría. En el caso de ser una auditoría interna el cliente puede ser el mismo auditado o la persona que gestiona el programa de auditoría. Las solicitudes de una auditoría externa pueden provenir de fuentes como autoridades reglamentarias, contratantes o clientes potenciales. f) **auditado:** organización que es auditada. g) **auditor:** persona que lleva a cabo la auditoría. h) **equipo auditor:** uno o más auditores que llevan a cabo la auditoría, con el apoyo si es necesario de expertos técnicos (23).

6.3 MARCO TEÓRICO.

5.1.8 EL CONCEPTO DE AUDITORÍA Y SUS ANTECEDENTES.

La auditoría como mecanismo de supervisión estatal se remonta a épocas antiguas egipcias; los soberanos en aras de prevenir desfalcos en las cuentas de sus residencias y de las construcciones públicas empiezan a usar métodos de control. Pero la práctica de auditoría ha estado presente en diferentes civilizaciones y se ha desarrollado al compás del mercado y del sistema monetario. A partir del siglo XII con el resurgimiento de las ciudades y el establecimiento de los oficios relacionados con el comercio y en el desarrollo de estas labores se empiezan a exigir documentos escritos. En Escocia aproximadamente en el año 1130, nacen los primeros registros contables llamados “*registros erarios*”. En Italia (siglo XV) se empiezan a usar los “*libros de teneduría*” como mecanismo de control de los ingresos y los gastos (24) (25).

El auge de la auditoría se produce en tiempos modernos (entre el siglo XVIII y en XIX) y este proceso comienza en Inglaterra; de allí se expande al resto del mundo. Generando una gran transformación al contexto productivo, la economía y las sociedades. Con la creación de la máquina de vapor; se presenta el surgimiento de las fábricas y en estas se inicia el establecimiento de la estructura organizativa, comienzan los procesos de manufactura, inserción de las fábricas al mercado capitalista, adelantamiento de las técnicas contables e inician los procesos de auditoría. Situaciones como “la bancarrota” de algunas fábricas conllevo a los gobiernos a la toma de medidas relacionadas con la vigilancia de los estados financieros (24) (25).

Los autores Bernal y Coltell en su publicación “auditoria de los sistemas de información – 1986” hacen referencia al concepto moderno de auditoria contable describiendo su surgimiento a partir de los fracasos financieros y económicos de las sociedades nacidas durante la revolución industrial (siglo XVIII), esto por el déficit de gestión en los aspectos financieros. Lo que provoco la quiebra de un gran número de empresas. Por lo que nacen algunas medidas impositivas de revisiones legales de la situación financiera de las empresas. Inglaterra es pionera en la profesión del auditor; esta profesión es reconocida oficialmente desde 1862 y formalizada como titulación académica desde en 1880; por lo que se crea el instituto de auditores de Inglaterra y gales. La profesión se introduce en EEUU para los años 1900; además de ampliar su campo de acción en aspectos como: identificación y prevención del fraude y de los errores, supervisión de la condición financiera y de las ganancias de la empresa (26). Pero la auditoria a comienzos del siglo XX se institucionaliza y deja de limitarse a ser una actividad exclusiva de control e introduce aspectos como el asesoramiento a las instancias de dirección de las empresas (27).

Dentro de las definiciones clásicas de auditoría esta la postulación de *Arens Y Loebbecke*; quienes hacen referencia de esta como: “*La acumulación y evaluación de evidencia sobre información cuantificable de una entidad económica para determinar e informar sobre el grado de correspondencia entre la información y los criterios establecidos*” (28).

La auditoría se define como: “*Un componente del mejoramiento continuo; es a su vez una característica o atributo de la calidad que se incluye en el contexto del sistema obligatorio de la garantía de la calidad*

en Colombia. De otra parte es también conocida como un proceso sistemático y continuo de observación y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad” (29).

5.1.9 EL PROCESO DE AUDITORÍA EN SALUD.

6.3.1 DEFINICIONES.

El autor Álvarez, F. en su libro “*Calidad y Auditoría en Salud*” (2015) define la auditoría de los servicios de salud como un proceso que busca documentarse para verificar mediante evidencias objetivas la implementación y el desarrollo de un sistema de calidad. Y esta hace énfasis en la verificación del cumplimiento de lo ejecutado versus lo planeado, por lo que una institución que tenga como propósito ser auditada requiere previamente de un sistema de calidad con documentación y procesos específicos (30).

La auditoría en salud también puede ser vista como: “*Una evaluación sistemática de las actuaciones y decisiones de las personas e instituciones para determinar o evaluar si las actividades prestadas, relacionadas con la calidad de los servicios, cumplen con lo planificado o no, en el caso contractual, con lo pactado y si estas han sido implementadas de tal manera que produzcan efectos en la calidad*”. En esencia el objetivo de la auditoría en salud es el mejoramiento de la calidad de atención; sin embargo la evaluación por sí sola no es una herramienta generadora de cambio, esta requiere de: acciones correctivas y compromisos institucionales con relación a las fallas identificadas frente a la calidad esperada (30).

El autor (Álvarez, F) propone unificar varios conceptos como: “*auditoría clínica, auditoría médica, auditoría de servicios o auditoría integral*” y sugiere que estos sean denominados bajo un concepto general; como: “*auditoría de servicios de salud*”. Y hace referencia a esta como: aquella que se preocupa por verificar los procesos ofrecidos por una institución; para que los pacientes accedan rápidamente y con el trato humano requerido a sus servicios. Entre esos procesos está el apoyo administrativo, la recepción de citas y comprobación de derechos, la referencia y contra-referencia, la oportunidad y la accesibilidad (30).

La auditoría de servicios busca mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud mediante el análisis de aspectos como: la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los procesos de atención en salud en cuanto a: estructura, proceso, resultados e impacto. Por otro lado la auditoría clínica realizada por el médico y/u otro profesional de la salud centra su atención en el proceso individual de atención (30).

6.3.2 TIPOS DE AUDITORÍA.

El autor Isaza, A. (2014) en su libro “Garantía de la Calidad en Salud”; presenta dos tipos de auditoría para el mejoramiento de la calidad. La auditoría de primer nivel (ó auditoría interna) es un componente

del sistema de control interno de nivel gerencial; y consiste en evaluar de manera sistemática la implementación y desarrollo de estándares, brindar asesoría a la dirección para garantizar la continuidad de los procesos administrativos; además reevaluar los planes correctivos para el cumplimiento de las metas. Este tipo de auditoría es realizada en la misma institución y su propósito es contribuir a la calidad y generar una cultura de auto-control (31).

La ***Auditoria Externa o de segundo nivel***; es un proceso de evaluación sistemático ejecutado por agentes externos a la organización, ejemplo: un revisor fiscal, entidad certificadora, la secretaría de salud, entes de control como el caso de la contraloría, entidades contratantes. El objeto de esta actividad es el de verificar la realización de los procesos de auditoría interna y auto-control; además de implementar un modelo de auditoría denominado de segundo orden. Este modelo se encarga de auditar lo ya auditado, es decir; evaluar el auto-control logrado por las organizaciones. Este a su vez exige y promueve el buen funcionamiento institucional ya que fortalece las actividades primaria de control (31).

Los dos tipos de auditoría se reglamentan por controles o estándares; sin embargo el primer nivel permite el desarrollo del objeto social de la entidad y es dependiente de la gerencia. Mientras que el segundo nivel, evalúa al primer nivel y está a cargo de la oficina de control interno (31).

5.1.10 LA HISTORIA CLÍNICA Y ANTECEDENTES.

En Colombia el uso de la Historia Clínica está reglamentado y regulado a través de la Resolución 1995 de 1999 (4). Emitida el 8 de Julio por el Ministerio de Salud; conforme a:

- 1) Ley 10 de 1990, Art 8. *“La Dirección Nacional del Sistema de Salud estará a cargo del Ministerio de salud, al cual, por consiguiente, le corresponde formular las políticas y dictar las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema”* (32).
- 2) Ley 100 de 1993, Art. 173. (Funciones del Ministerio de Salud) Numeral 2: *“Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud”* (18).
- 3) Decreto 2174 de 1996: Mediante el cual se organizo el sistema obligatorio de la garantía de la calidad del sistema general de seguridad social en salud. En su Art. 5 establece como objetivos: *“Estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad que facilitara la realización de labores de auditoría, vigilancia y control y contribuyera a una mayor información de los usuarios”* (33).

- 4) Ley 23 de 1981, Art. 35: “En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud” (34).

6.3.3 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA:

La Resolución 1995 de 1999 en su Art. 1 define la Historia Clínica como: “Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (4).

De otra parte este documento legal debe tener algunas características y especificidades básicas establecidas en la resolución 1995/99 como son:

La integralidad; característica que hace referencia a la información que debe reunir la historia clínica de tipo científica, técnica y administrativa relativa a la atención en salud en sus diferentes niveles de intervención; y abordando al ser humano de modo biopsicosocial en su individualidad y el entorno familiar y comunitario.

La secuencialidad; característica relacionada con el registro cronológico de atención. Y desde el punto archivístico la historia clínica debe estar organizada de un modo cronológico, acumulando todos los documentos relacionados con la atención del usuario.

La racionalidad científica; es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud. Que deben ser en forma lógica, clara y completa.

La disponibilidad; que es la posibilidad de hacer uso de la historia clínica en el momento que sea necesario, con las limitaciones que impone la ley.

La oportunidad; que hace referencia al diligenciamiento de los registros de forma simultánea e inmediata a la prestación del servicio (4).

6.3.4 LA HISTORIA CLÍNICA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN LA IPS S.M.

En 1940 la Asamblea del Departamento del Valle del Cauca asignó un presupuesto público (Ordenanza N°26) para la construcción de un “manicomio” con capacidad de 300 camas y la finalidad de atender y alojar “pacientes dementes del Departamento”. Inicialmente los cuidados tenían una orientación expresamente física y hacia la aplicación de medidas de sujeción y custodia de los enfermos por su alta peligrosidad. Esta institución históricamente ha trabajado de la mano de la Universidad del Valle; en sus

inicios en cabeza del Dr. Calos León; quien a través de su labor introduce la formación clínica para proveer atención especial para los enfermos mentales y empieza a fomentar actividades de rehabilitación del enfermo. En este momento inicia el proceso de la elaboración de los registros o historias clínicas manuales; en las que se registraban aspectos como: la clasificación de pacientes por patología y el registro de los tratamientos médicos aplicados para su recuperación (11). _

Aproximadamente en el año 2008 en el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E inicia el desarrollo de una propuesta para la modificación de los registros manuales y a su vez iniciar la sistematización de los registros. Entre los años 2009 – 2010 este proyecto comienza con la adquisición institucional del software hospitalario “*dinámica gerencial hospitalaria (DHG)*”. Este con módulos especializados que permiten el almacenamiento de diferentes registros institucionales desde asistenciales, hasta los de tipo administrativo y financiero.

Dentro de la información que permite almacenar de manera virtual el DHG se encuentran: Historia clínica de urgencias, de consulta externa y hospitalización, evoluciones médicas diarias, formulación de medicamentos, nota de enfermería, hoja de triage, hoja de remisiones, hoja de control de líquidos administrados y eliminados, nota de enfermería, hoja de signos vitales, hoja de registro de evolución sintomática, asignación de citas médicas, programación de citas por día, ficha de admisiones. Entre otros; como algunas historias clínicas antiguas que han sido escaneadas y se encuentran grabadas en el archivo virtual.

En la actualidad esta transformación de la historia clínica y de sistematización de los registros no ha finalizado; es aun un proceso en etapa de desarrollo y que lamentablemente no ha cumplido con las metas trazadas con relación al factor tiempo; el proceso actual por el cual se está trabajando es el de “*solicitud, despacho y devolución de medicamentos*”.

El avance estacionario de este proyecto con relación al mejoramiento de los sistemas de información institucional ha ocasionado dificultades principalmente relacionadas con el mal aprovechamiento del sistema *DHG* y la falta de integración informática de los procesos; es decir cada proceso (asistencial, administrativo, financiero, farmacéutico) tienen la posibilidad de almacenar la relación correspondiente a su ejercicio laboral; sin embargo no hay interrelación entre servicios y las actividades de un proceso no afectan “*en materia de disponibilidad transversal de la información y continuidad*” a otros procesos. Otro tipo de factores que han entorpecido el proceso de sistematización son los relacionados con el factor humano; como: el mal uso de los aplicativos, el mal diligenciamiento digital y la duplicidad de registros.

El proceso de diligenciamiento de la historia clínica inicia con la apertura de la misma en el área administrativa de caja; en este lugar el usuario presenta un documento que lo identifique y en caso de ser necesario su documento de afiliación al SGSSS; se hace apertura de la historia clínica con la numeración de su identificación y asignando un “*código de registro individual de prestación de servicios de salud*”(RIPS). Luego el usuario es valorado por un profesional de la salud de acuerdo a su necesidad y posterior a esta valoración se genera un folio de historia clínica de atención; si es pertinente una formula de solicitud de medicamentos y/o de exámenes de laboratorio y/o de solicitud de ayudas diagnosticas. Si el paciente tiene orden de internación se traslada al servicio de hospitalización; proceso asistencial en el que diariamente se guardan en la historia clínica virtual registros como: evoluciones medicas, notas de enfermería, formulación de medicamentos, solicitudes de laboratorios clínicos etc. Y de manera manual en carpetas físicas, debidamente rotuladas con los datos del usuario; se archivan algunos documentos

impresos como: ficha de admisión, consentimientos de hospitalización y/o procedimientos especiales firmados por el familiar, fotocopia del documento de identificación del usuario, resultados de laboratorios impresos, hojas de remisión de otras instituciones. Posterior a la atención del paciente y cuando se genera la orden de egreso el área de facturación procede a generar la factura apoyándose en un manual tarifario y algunos soportes en físico que se generan durante la prestación del servicio y posteriormente facturación hace el cierre del código RIPS asignado en el momento de ingreso del usuario. En este momento la historia clínica virtual no será utilizada nuevamente; solo en los casos dispuestos por la ley.

Cuando el paciente egresa la parte manual de la historia clínica es organizada por una secretaria clínica; para su respectivo almacenamiento en el archivo físico de la institución. Cuando la historia reposa en el área de archivo puede ser utilizada por algunos funcionarios administrativos como: secretaria de archivo; quien realiza ESCAN de los documentos y los anexa al archivo virtual. Enfermera epidemióloga del área de estadística y funcionarios de estadística; para entrega de fotocopias de historia clínica a pacientes que realizan la solicitud y para actividades de tipo estadístico institucionales. También puede ser utilizada por el área de auditoría.

7 EVALUACIÓN Y RESULTADOS.

Los instrumentos aplicados en el presente trabajo de investigación se incorporan en el apartado final denominado anexos (Ver anexos 6 - 14).

7.1 DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS Y APLICACIÓN.

Los instrumentos fueron aplicados a los líderes o representantes de procesos en la IPS S.M, quienes emiten un concepto auto-evaluativo de la gestión de la historia clínica. La encuesta ó lista de chequeo contiene 18 criterios de evaluación adaptados de la Resolución 1995 de 1999; por la cual se regula el uso de la historia clínica y los criterios específicos de la historia clínica (Criterios: 33, 34, 42, 43, 45, 46, 54, 61, 64, 66, 92, 148, 149) pertenecientes al manual Colombiano de acreditación de servicios ambulatorios y hospitalarios; año 2003.

Las tres áreas evaluadas en cada criterio de acuerdo a la metodología aplicada en el Manual Colombiano de acreditación son: enfoque (hace relación a la planeación de procesos), despliegue (hace relación a la ejecución y conocimiento de los implicados en los procesos); por último los resultados. Los instrumentos fueron aplicados a siete líderes de procesos quienes son responsables de la gestión de historias clínicas; entre los meses agosto y septiembre del 2015.

Los instrumentos: programa de auditorías, plan de auditorías e informe de auditorías fueron diseñados por el Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante; dentro de su experticia en el área de calidad. De otra parte estos instrumentos hacen parte de los requisitos de auditoría de calidad

A continuación se describen los resultados asociados con la aplicación del los instrumentos de evaluación; haciendo especial énfasis en el instrumento lista de chequeo; el cual tiene un enfoque desde la auditoría de calidad de los servicios de salud y la auto-evaluación.

7.2 TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

El proceso de auditoria gestión de historia clínica en la IPS SA, presenta los siguientes resultados, los cuales se han organizado considerando los criterios de gestión (enfoque, despliegue y resultados) y los propios de las historias clínicas (Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad).

7.3 EVALUACIÓN Y RESULTADO GENERAL DE LA GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS – SM.

La siguiente Figura N° 4, presenta el desempeño global de la gestión de historias clínicas, destacándose por los participantes un mayor acuerdo con el grado de desempeño alto-superior para los diferentes criterios propios (C1 a C5). Con respecto a la gestión, el criterio con mejor valoración fue Enfoque, pues el 79.3% de los participantes marcaron en grado superior-alto los aspectos propios de las historias clínicas. Posteriormente, siguen los criterios de Despliegue y Resultados con 63.3% y 51.4%, respectivamente.

Figura N° 4: Desempeño global de la gestión de historias clínicas en la IPS, S.M.

TABLA CONSOLIDADO - CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.		ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
Numero de pregunta	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
		Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
C1	INTEGRALIDAD	21,4%	53,6%	14,3%		10,7%	3,6%	57,1%	17,9%	14,3%	7,1%	3,6%	32,1%	50,0%	7,1%	7,1%
C2	SECUENCIALIDAD	28,6%	50,0%	10,7%	3,6%	7,1%	17,9%	39,3%	32,1%	7,1%	3,6%	17,9%	32,1%	39,3%		10,7%
C3	RACIONALIDAD CIENTÍFICA	28,6%	50,0%	10,7%		10,7%	14,3%	42,9%	25,0%	7,1%	10,7%	14,3%	28,6%	25,0%	14,3%	17,9%
C4	DISPONIBILIDAD	25,0%	53,6%	14,3%	7,1%		14,3%	50,0%	14,3%	17,9%	3,6%	14,3%	42,9%	14,3%	21,4%	7,1%
C5	OPORTUNIDAD	28,6%	57,1%			14,3%	14,3%	64,3%	14,3%		7,1%	14,3%	57,1%	7,1%	7,1%	14,3%
CONSOLIDADO PROMEDIO GLOBAL		26,4%	52,9%	12,5%	5,4%	10,7%	12,9%	50,7%	20,7%	11,6%	6,4%	12,9%	38,6%	27,1%	12,5%	11,4%

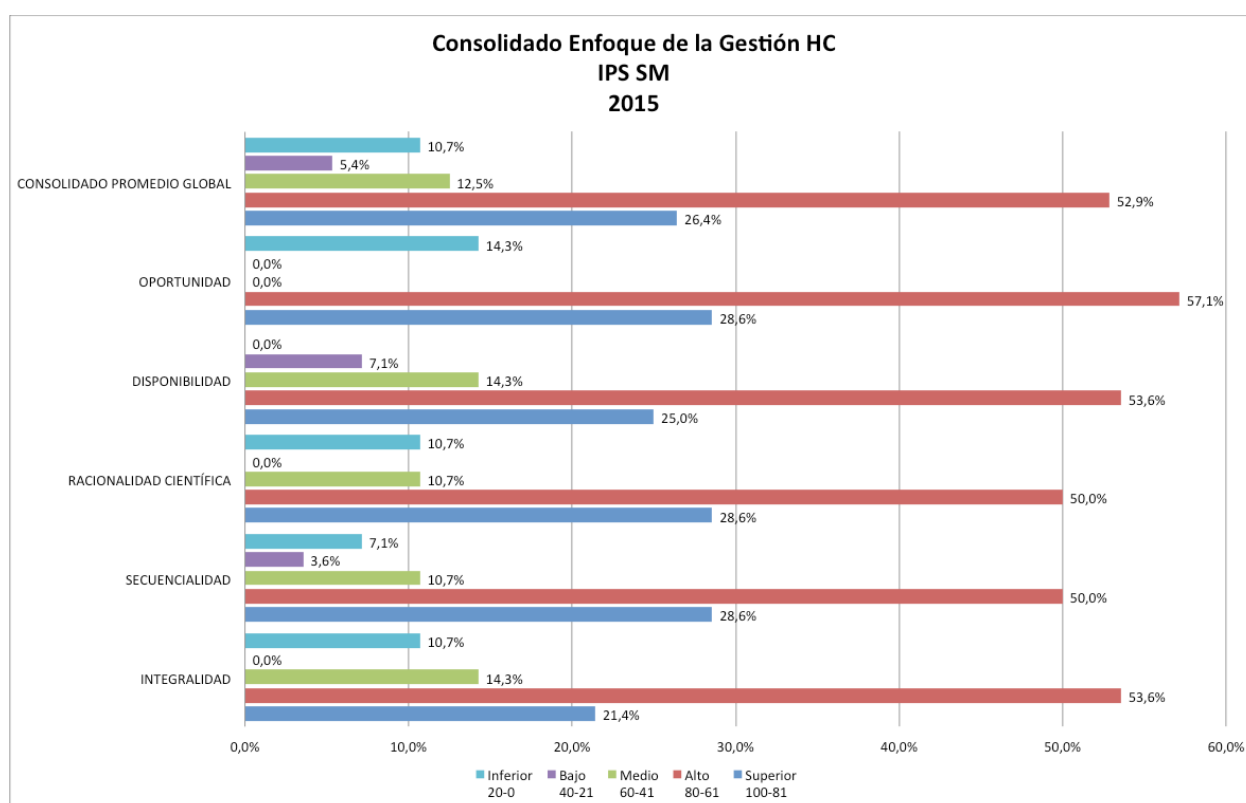
Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados individuales de las encuestas; 2015.

A continuación se desagrega dicho resultado general en específicos por criterio de gestión y propios de la historia clínica, a fin de facilitar el análisis de los mismos para el posterior diseño de las directrices para la mejora del proceso.

7.4 EVALUACIÓN Y RESULTADO ESPECÍFICO N° 1: ENFOQUE DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La figura N° 5 expone los resultados generales y particulares que se asocian con el parámetro *enfoque*; es decir con los aspectos asociados a este criterio como son: la planeación y el cumplimiento de los lineamientos para la gestión de las historias clínicas sujeto a los criterios de orden normativo; pero también hacia la gestión de la historia clínica con un enfoque sistémico orientado hacia el usuario y su familia; al mejoramiento continuo y gestión del riesgo.

Figura N° 5: Gráfico del parámetro Enfoque de la gestión del proceso de auditoría a historias clínicas.



Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados individuales de las encuestas; 2015.

Análisis del Resultado Específico N° 1 - (Figura N°5: Enfoque de la gestión del proceso de historias clínicas):

De acuerdo con las encuestas aplicadas se observa que en el enfoque (planeación) de la gestión de las historias clínicas en la IPS – SM; los resultados corresponden a un nivel de calidad mayoritariamente de

alto a superior. De manera particular el resultado por variable o característica (criterio) de gestión evaluada es el siguiente:

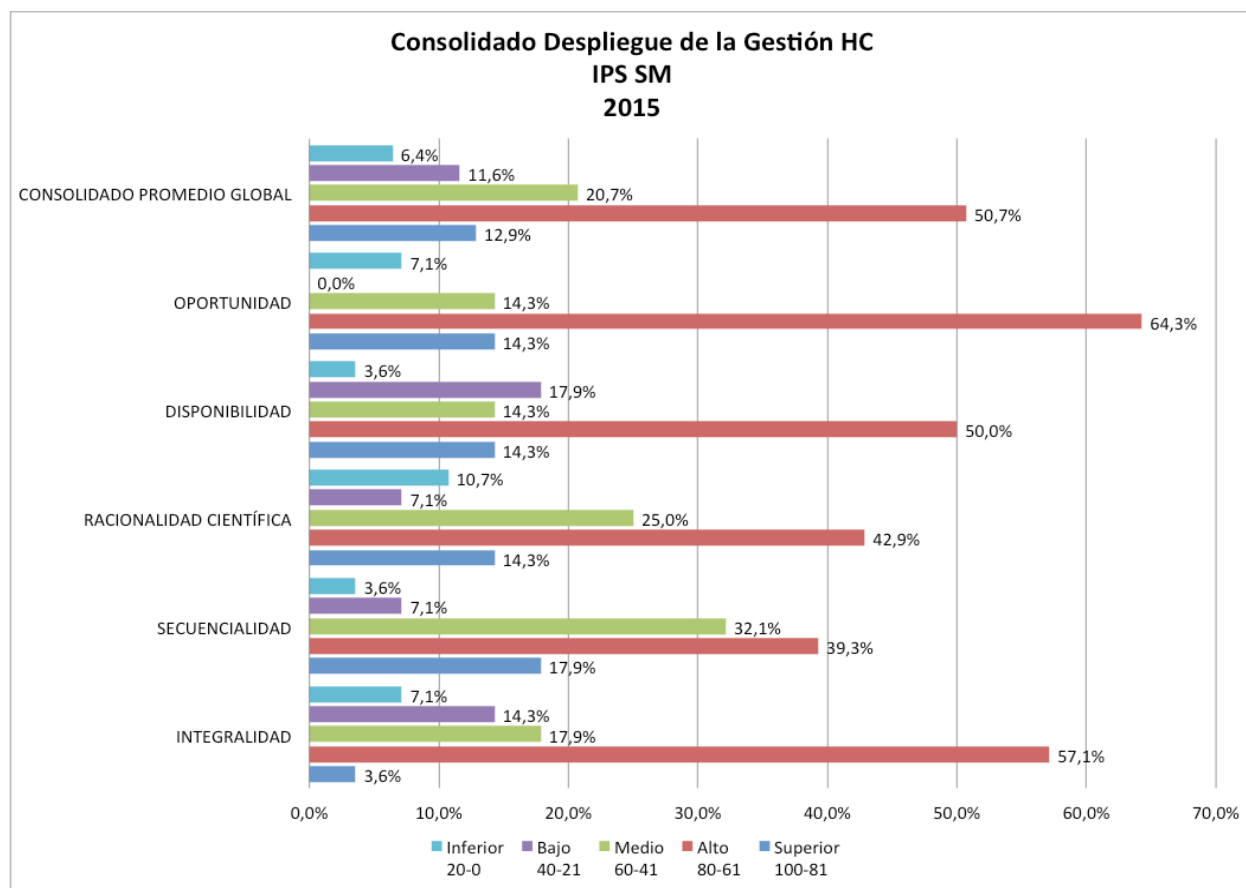
- **Integralidad:** el 75.0% de los participantes señalan los niveles alto y superior en esta característica de las historias clínicas. Por lo tanto existe una participación del 25.0% para los rangos medio, bajo e inferior.
- **Secuencialidad:** el 78,6% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 21,4%.
- **Racionalidad Científica:** el 78,6% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 21,4%.
- **Disponibilidad:** el 78,6% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 21,4%.
- **Oportunidad:** el 85,7% de los participantes señalan los niveles alto y superior en esta característica de las historias clínicas. Los grados medio, bajo e inferior suman un 14,3% del total de la participación.

En resumen, los participantes destacaron la variable oportunidad como la de mayor nivel de desempeño (85.7%), seguido de las variables secuencialidad, racionalidad científica y disponibilidad con el 78.6% y finalmente la variable integralidad con el 75.0% de la participación total para los rangos alto y superior.

7.5 EVALUACIÓN Y RESULTADO ESPECÍFICO N° 2. DESPLIEGUE DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La figura N° 6 expone los resultados de la evaluación de tipo general y particular del parámetro *despliegue*; asociados con la divulgación y ejecución de los resultados de mejoramiento de la gestión de historias clínicas en los diferentes servicios o procesos; incluyendo al cliente interno y externo de la institución.

Figura N° 6: Gráfico del parámetro Despliegue de la gestión del proceso de auditoría a historias clínicas.



Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados individuales de las encuestas; 2015.

Análisis del Resultado Específico N° 2 - (Figura N°6: Despliegue de la gestión del proceso de historias clínicas):

De acuerdo con las encuestas aplicadas se observa que en el despliegue (ejecución) de la gestión de la Historia Clínica en la IPS SM, los resultados corresponden a un nivel de calidad mayoritariamente de alto a superior. De manera particular el resultado por variable o características de gestión evaluadas es el siguiente:

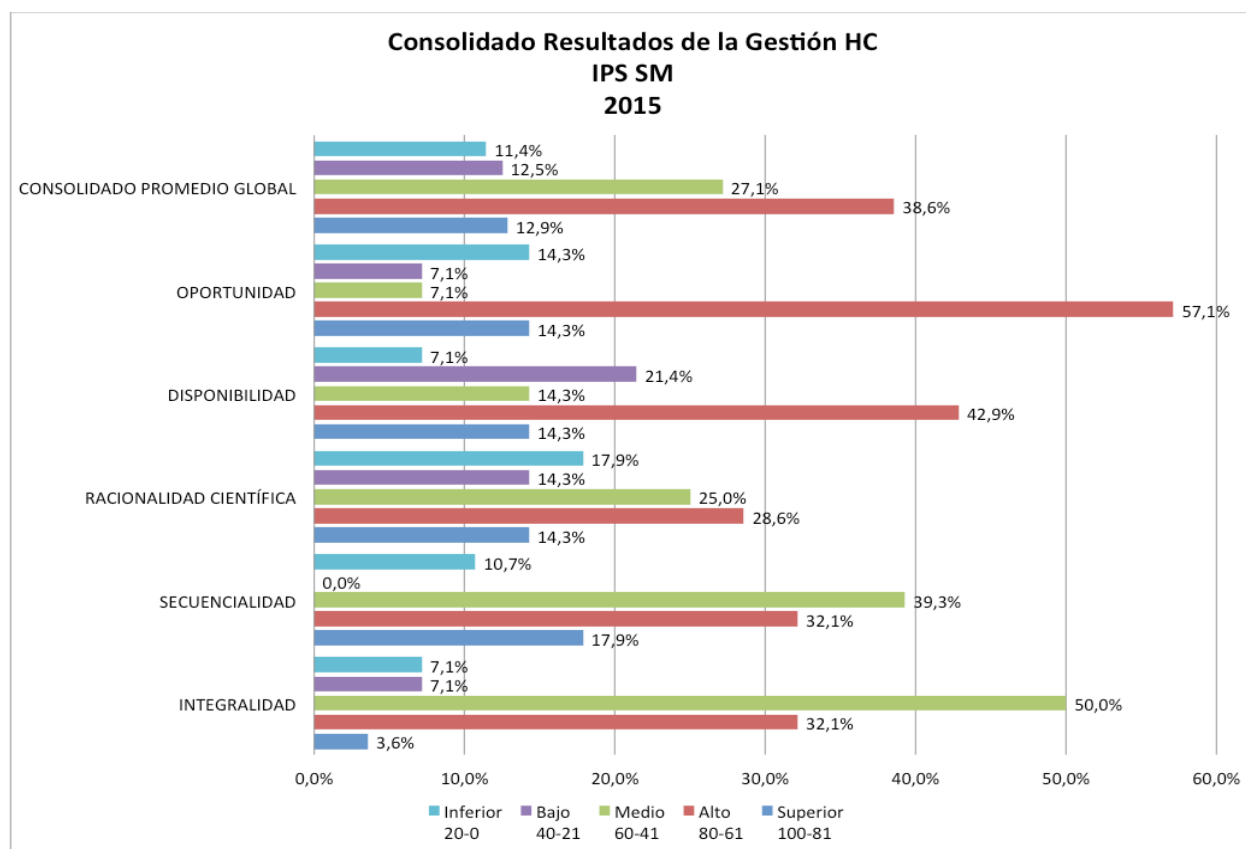
- **Integralidad:** el 60.7% de los participantes señalan los niveles alto y superior en esta característica de las historias clínicas. Por lo tanto existe una participación del 39.3% para los rangos medio, bajo e inferior.
- **Secuencialidad:** el 57.1% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 42.9%.
- **Racionalidad Científica:** el 57.1% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 42.9%.
- **Disponibilidad:** el 64.3% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 35.7%.
- **Oportunidad:** el 78.6% de los participantes señalan los niveles alto y superior en esta característica de las historias clínicas. Los grados medio, bajo e inferior suman un 21.4% del total de la participación.

En resumen, los participantes destacaron la variable oportunidad como la de mayor nivel de desempeño (78.6%), seguido de secuencialidad 64.1%, integralidad 60.7%, racionalidad científica y disponibilidad con el 57.1% de la participación total para los rangos alto y superior.

7.6 EVALUACIÓN Y RESULTADO ESPECIFICO N° 3. RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE HISTORIAS CLÍNICAS.

La figura N° 7 expone los resultados de la evaluación de tipo general y particular del parámetro **resultados**. Y este criterio hace referencia hacia que la organización obtenga cada vez mejores resultados de la gestión de historias clínicas, incluyendo estrategias como planes de mejoramiento sistemáticos; con el enfoque PHVA.

Figura N° 7: Gráfico del parámetro Resultados de la gestión del proceso de auditoría a historias clínicas.



Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados individuales de las encuestas; 2015.

Análisis del Resultado Específico N° 3 - (Figura N°7: Resultados de la gestión del proceso de historias clínicas):

De acuerdo con las encuestas aplicadas se observa que en los resultados (logros) de la gestión de la Historia Clínica en la IPS SM, los resultados corresponden a un nivel de calidad mayoritariamente de alto a superior, aunque en menor grado respecto los otros aspectos (enfoque y despliegue). De manera particular el resultado por variable o características de gestión evaluadas es el siguiente:

- **Integralidad:** el 35.7% de los participantes señalan los niveles alto y superior en esta característica de las historias clínicas. Por lo tanto, los participantes marcan con el 64.3% los rangos medio, bajo e inferior.
- **Secuencialidad:** el 50.0% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 50.0%.
- **Racionalidad Científica:** el 42.9% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 57.1% de la participación.
- **Disponibilidad:** el 57.1% de los encuestados marcan los niveles alto y superior en esta variable. Los grados medio, bajo e inferior corresponden al 42.9%.
- **Oportunidad:** el 71.4% de los participantes señalan los niveles alto y superior en esta característica de las historias clínicas. Los grados medio, bajo e inferior suman un 28.6% del total de la participación.

En resumen, los participantes destacaron la variable oportunidad como la de mayor nivel de desempeño (71.4%), seguido de disponibilidad (57.1%), secuencialidad (50.0%), racionalidad científica (42.9%) e integralidad (35.7) de la participación total para los rangos alto y superior.

7.7 FIGURAS DEL DESEMPEÑO DE CADA VARIABLE EVALUADA.

Las siguientes figuras (N° 8 a 12), detallan el desempeño de las características propias de cada variable (Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad Científica, Disponibilidad y Oportunidad) para cada perspectiva de la gestión (Enfoque, Despliegue y Resultados).

Figura N° 8: Criterios de evaluación de la característica integralidad.

Número de pregunta	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
		Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
		Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
1	* INTEGRALIDAD	1	4	1		1		3	2	2			1	6		
2	(De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Art N°3 y del Manual de Acreditación en Salud, versión 003, De los estándares 33, 45, 92)	1	5	1				5	1	1			2	5		
3		2	4			1		6			1		5	1		1
4		2	2	2		1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1
CONSOLIDADO INTEGRALIDAD		21,4%	53,6%	14,3%		10,7%	3,6%	57,1%	17,9%	14,3%	7,1%	3,6%	32,1%	50,0%	7,1%	7,1%

Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados generales de las encuestas; 2015.

Figura N° 9: Criterios de evaluación de la característica secuencialidad.

Número de pregunta	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
		Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
5	* SECUENCIALIDAD.	2	3	1		1	2	1	3	1		2	2	1	0	2
6	(De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Art N°3 y del Manual de Acreditación en Salud, versión 003, De los estándares 43, 54, 66)	1	4	1		1	1	2	3		1	1	2	3		1
7		3	4				1	4	2			1	2	4		
8		2	3	1	1		1	4	1	1		1	3	3		
CONSOLIDADO SECUENCIALIDAD		28,6%	50,0%	10,7%	3,6%	7,1%	17,9%	39,3%	32,1%	7,1%	3,6%	17,9%	32,1%	39,3%		10,7%

Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados generales de las encuestas; 2015.

Figura N° 10: Criterios de evaluación de la característica racionalidad científica.

		ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
Numero de pregunta	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
9	* RACIONALIDAD CIENTIFICA.	2	3	2			1	4	2			1	2	3	1	
10	(De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Art N° 3 y del Manual de Acreditación en Salud, version 003, De los estandares 42, 46, 61)	2	4			1	1	4		1	1	1	3	1	1	1
11		1	5			1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2
12		3	2	1		1	1	3	2		1	1	2	1	1	2
CONSOLIDADO RACIONALIDAD CIENTÍFICA		28,6%	50,0%	10,7%		10,7%	14,3%	42,9%	25,0%	7,1%	10,7%	14,3%	28,6%	25,0%	14,3%	17,9%

Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados generales de las encuestas; 2015.

Figura N° 11: Criterios de evaluación de la característica disponibilidad.

Numero de pregunta	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
13	DISPONIBILIDAD. (De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica Art N° 3 y del Manual de Acreditación en Salud, version 003, De los estandares 64, 148, 149)	3	4				1	6				1	5		1	
14		2	3	1	1		2	3	1		1	2	3	1		1
15		2	4	1			1	3	1	2		1	2	2	2	
16			4	2	1			2	2	3			2	1	3	1
CONSOLIDADO DISPONIBILIDAD		25,0%	53,6%	14,3%	7,1%		14,3%	50,0%	14,3%	17,9%	3,6%	14,3%	42,9%	14,3%	21,4%	7,1%

Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados generales de las encuestas; 2015.

Figura N° 12: Criterios de evaluación de la característica oportunidad.

Número de pregunta	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
		Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
17	OPORTUNIDAD.	3	3			1	2	4	1			2	3		1	1
18	(De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica Art N° 3 y del Manual de Acreditación en Salud, versión 003, De los estándares 34,)	1	5			1		5	1		1		5	1		1
CONSOLIDADO OPORTUNIDAD		28,6%	57,1%			14,3%	14,3%	64,3%	14,3%		7,1%	14,3%	57,1%	7,1%	7,1%	14,3%

Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados generales de las encuestas; 2015.

Finalmente la siguiente figura N° 13 recopila los aspectos cualitativos y las descripciones de los participantes para cada criterio evaluado en las encuestas con relación a la gestión de historias clínicas.

Figura N° 13: Hallazgos cualitativos de la gestión de historias clínicas.

Criterios	Descripción de las respuestas cualitativas-evidencias							COMENTARIO GENERAL.
	Encuesta							
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	
Integralidad	1. HISTORIA CLINICA CON REGISTROS DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. 2. POSTERIOR A REVISTA CLINICA, SE REGISTRA EN LA HISTORIA CLINICA BAJO LA COORDINACION DE ENFERMERIA LA CONDUCTA DEFINIDA POR PSIQUIATRIA Y MD GRAL. 3. SE CUENTA CON EL PROGRAMA DE PSICOEDUCACION TRANSVERSAL A LOS SERVICIOS.	1. MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS. 2. PLANIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA. 3. PROCESO DE ATENCION Y DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA. 4.PROCESO DE ATENCION Y DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA. 5. EL HOSPITAL PARTICIPA EN UN GRUPO CONFORMADO POR HOSPITALES MENTALES DE COLOMBIA (CLINICA LA PAZ, HOSPITAL DE ENVIGADO Y HPVU) CON LA COLABORACIÓN DE LA FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN DE ESPAÑA Y CHILE PARA REALIZAR COMPARACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS.	1. HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA. 2. KARDEX Y HOJA DE INVENTARIO DE MEDICAMENTOS. 3. INDICADORES INSTITUCIONALES DE PSICOEDUCACION. 4. INDICADORES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. 5. INDICADOR DE RAZON DE MEJORIA Y DILIGENCIAMIENTO DE INSTRUMENTO SIMTOMATICO EN HISTORIA CLINICA.	1. HISTORIA CLINICA MANUAL Y SISTEMATIZADA. 2. MANUAL DE HISTORIA CLINICA.	1. HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA. 2. PROCEDIMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS. 3. PROGRAMA DE PSICOEDUCACION A PACIENTES Y FAMILIAS. 4. PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.	SIN COMENTARIOS.	SIN COMENTARIOS.	DE MANERA GENERAL LOS ENCUESTADOS INFORMAN QUE LA GESTION DE LA CARACTERISTICA INTEGRALIDAD ES OBSERVABLE EN: 1. DOCUMENTOS COMO: LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA Y/O MANUAL, LOS REGISTROS DILIGENCIADOS POR EL GRUPO DE PROFESIONALES DE SALUD, EL MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS. 2. ACCIONES DE SALUD COMO: PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD, EL PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES, REVISTA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS, PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. 3. ACTIVIDADES DE EVALUACION Y CONTROL COMO: COMPARACION DE HISTORIAS CLINICAS CON REFERENTES NACIONALES (DOS HOSPITALES COLOMBIANOS) Y CON PARTICIPACION DE LA FUNDACION AVEDIS DONABEDIAN, INDICADORES DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, RAZÓN DE MEJORA.
Secuencialidad	1. LA HISTORIA CLINICA ORGANIZADA BAJO LOS PARAMETROS DE GESTIÓN DOCUMENTAL. 2. SE DOCUMENTO EL PROCEDIMIENTO (DE ABUSO SEXUAL Y MALTRATO) QUE INCLUYELA RUTA DE ATENCIÓN Y SE CAPACITO AL PERSONAL. 3. EL HDPUV APLICA LOS PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EVIDENCIADA EN LAS PERSONAS DEL COMITE. 4. PLATAFORMA DOCUMENTAL QUE CONTIENE REGISTROS ESTANDARIZADOS, PENDIENTE ACTUALIZACIÓN.	1. LA HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA Y MANUAL. 2. PROTOCOLO DE VIOLENCIA SEXUAL Y APLICABILIDAD DE LA LEY DE MALTRATO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN Y AL DILIGENCIAR LA HISTORIA CLINICA.	1. HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA Y MANUAL. 2. DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHAS EPIDEMIOLOGICAS -SINGILA (EN CASOS DE ABUSO SEXUAL Y MALTRATO), HISTORIA CLÍNICA Y ATENCIÓN SEGÚN NORMATIVIDAD. 3. HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA CONTIENE APARTADO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. 4. MANUAL DE ACRONIMOS Y ABBREVIATURAS.	1. HISTORIA CLÍNICA MANUAL Y SISTEMATIZADA. 2. MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS.	1. HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA. 2. SE CUENTA CON FUNCIONARIOS CERTIFICADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD EN ATENCIÓN DE VÍCTIMAS DE ABUSO Y MALTRATO. 3. DOCUMENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. 4. REGISTROS POR CADA PROCEDIMIENTO.	SIN COMENTARIOS.	SIN COMENTARIOS.	DE MANERA GENERAL LOS ENCUESTADOS INFORMAN QUE LA GESTIÓN DE LA CARACTERISTICA SECUENCIALIDAD ES OBSERVABLE EN: 1. DOCUMENTOS COMO: LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA Y/O MANUAL, MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS, DOCUMENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, REGISTROS POR CADA PROCEDIMIENTO, MANUAL DE ACRONIMOS Y ABBREVIATURAS, PLATAFORMA DOCUMENTAL. 2. ACCIONES DE SALUD COMO: DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS EPIDEMIOLOGICAS -SINGILA PARA CASOS DE ABUSO SEXUAL, EVOLUCION CLINICA DE PROCEDIMIENTOS. 3. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN Y CONTROL COMO: PARAMETROS DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA USO DE LA HISTORIA CLÍNICA, CERTIFICACIÓN DE FUNCIONARIOS EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ABUSO Y MALTRATO,
Racionalidad Científica	1. HISTORIA CLÍNICA CADA INTERVENCIÓN DEL PACIENTE ES DILIGENCIADA Y REGISTTRADA EN ESTE DOCUMENTO. 2. EXISTE DOCUMENTADO EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA FORMAL DE LA HISTORIA CLÍNICA. 3. EN EL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA SE DIBUJAN LOS RESULTADOS DE AUDITORIA PAR. 4. SE REALIZA COMITE DE HISTORIA CLÍNICA MENSUALMENTE.	1. HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA Y MANUAL. 2. COMITÉ DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS. 3. PROCESO DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS POR PARES.	1. HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA. 2. PROTOCOLOS DE MANEJO Y PLATAFORMA ESTRATEGICA. 3. AUDITORIA PAR DE LA HISTORIA CLINICA. 4. GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO. 5. INDICADORES ASISTENCIALES.	1. HISTORIA CLÍNICA MANUAL Y SISTEMATIZADA. 2. MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS.	1. MODELO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL. 2. MEDICION DE LA ADHERENCIA. 3. EVALUACION MENSUAL DE INDICADORES. 4. EVALUACION DEL EVENTO ADVERSO. 5. INDICADORES DE GESTION.	SIN COMENTARIOS.	SIN COMENTARIOS.	DE MANERA GENERAL LOS ENCUESTADOS INFORMAN QUE LA GESTIÓN DE LA CARACTERISTICA RACIONALIDAD CIENTIFICA ES OBSERVABLE EN: 1. DOCUMENTOS COMO: LA HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA Y/O MANUAL, MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS. 2. ACCIONES DE SALUD COMO: GESTION DE EVENTOS ADVERSO. 3. ACTIVIDADES DE EVALUACION Y CONTROL COMO: EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS, COMITE DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIA PAR DE HISTORIAS CLINICAS, INDICADORES ASISTENCIALES Y DE GESTIÓN.
Disponibilidad	1. EXISTE DOCUMENTADO EL PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE LA HISTORIA CLINICA. 2. LA BASE DE DATOS INSTITUCIONAL ESTA IMPLEMENTADA EN EL 100% DE LOS SERVICIOS. 3. EXISTE DOCUMENTADO EL PLAN DE CONTINGENCIA DE SERVICIOS INFORMATICOS.	1. MANUAL DE HISTORIA CLINICA, BAJO ACCIONES DE VIGILANCIA DE LA SEGURIDAD DE LA HISTORIA CLINICA COMO: CHEQUEO DE CLAVES Y USUARIOS. 2. CUMPLIMIENTO SEGUN LA RESOLUCIÓN 1995/99. 3. EXISTE UN PLAN DE CONTINGENCIA DISEÑO DEL USO DE SERVICIOS INFORMATICOS PERO NO HA SIDO EVALUADO.	1. HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA. 2. EL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOR RELACIONADOS, ADEMA SE CUENTA CON PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DESDE EL ÁREA DE TECNOLOGIA PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA. 3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS EN EL ÁREA DE GESTIÓN TECNOLÓGICA.	1. HISTORIA CLINICA MANUAL Y SISTEMATIZADA. 2. MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS.	1. SE ENCUENTRA A DISPOSICION EN EL SOFTWARE INSTITUCIONAL. 2. HISTORIA CLINICA EN MEDIO ELECTRONICO.	SIN COMENTARIOS.	SIN COMENTARIOS.	DE MANERA GENERAL LOS ENCUESTADOS INFORMAN QUE LA GESTIÓN DE LA DISPONIBILIDAD ES OBSERVABLE EN: 1. DOCUMENTOS COMO: HISTORIA CLINICA EN MEDIO ELECTRONICO Y SOFTWARE INSTITUCIONAL (PLATAFORMA DOCUMENTAL). 2. ACCIONES DE SALUD COMO: USO E IMPLEMENTACION DE LA HISTORIA CLINICA EN CUALQUIER SERVICIO INSTITUCIONAL. 3. ACTIVIDADES DE EVALUACION Y CONTROL COMO: PROCEDIMIENTO DE USO DE LA HISTORIA CLINICA, PROCESOS DE SEGURIDAD Y CONFIABILIDAD DE LA HISTORIA CLINICA A CARGO DE GESTION TECNOLÓGICA, PLAN DE CONTINGENCIA DE SERVICIOS TECNOLÓGICOS.
Oportunidad	1. SE EVIDENCIA A TRAVÉS DE LA REVISIÓN DE LA HISTORIA CLINICA. 2. ESTÁ INSTAURADA LA METODOLOGÍA DE REVISTA MÉDICA Y SE EVIDENCIA LOS REGISTROS DE INFORMACIÓN DEL FAMILIAR EN LA HISTORIA CLÍNICA.	1. HISTORIA CLÍNICA VIRTUAL DISPONIBLE EN TODOS LOS SERVICIOS. 2. MANEJO ARCHIVISTICO DE HISTORIA CLINICA SEGÚN LEY GENERAL DE ARCHIVO.	1. HISTORIA CLÍNICA SISTEMATIZADA. 2. REVISTA MÉDICA DE LOS SERVICIOS. 3. COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.	1. HISTORIA CLINICA MANUAL Y SISTEMATIZADA. 2. MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS.	1. REVISTA CLINICA. 2. RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO.	SIN COMENTARIOS.	SIN COMENTARIOS.	DE MANERA GENERAL LOS ENCUESTADOS INFORMAN QUE LA GESTIÓN DE LA OPORTUNIDAD ES OBSERVABLE EN: 1. DOCUMENTOS COMO: HISTORIA CLÍNICA MANUAL Y SISTEMATIZADA, MANUAL DE HISTORIA CLINICAS, 2. ACCIONES DE SALUD COMO: RECURSO HUMANO ESPECIALIZADO EN EL USO DE LA HISTORIA CLINICA, REGISTRO DE INFORMACIÓN BRINDADA A FAMILIARES EN LA HISTORIA CLÍNICA. 3. ACTIVIDADES DE EVALUACION Y CONTROL COMO: METODOLOGÍA DE REVISTA MÉDICA, MANEJO ARCHIVISTICO DE LA HISTORIA CLINICA SEGUN LA LEY DEL ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN.

Fuente: Investigador Principal, basado en los resultados generales de las encuestas; 2015.

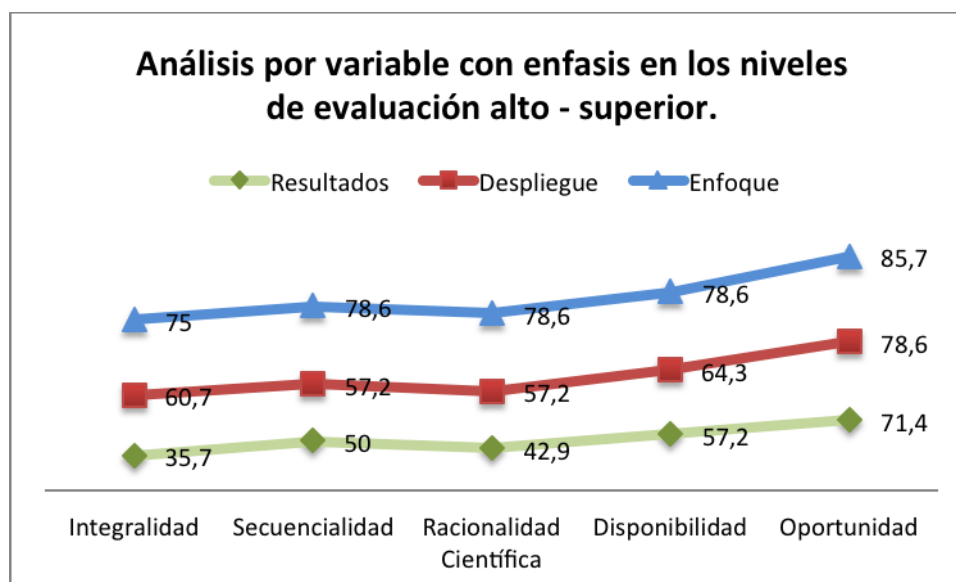
6.8 DIRECTRICES PARA EL MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE AUDITORÍA DE HISTORIAS CLÍNICAS.

Figura N° 14: Análisis de resultados con énfasis en los niveles de evaluación alto – superior.

Criterio	Característica de la Historia Clínica.	Enfoque	Despliegue	Resultados
		Resultados evaluación niveles alto - superior (Valor porcentual %).		
C1	Integralidad	75,0	60,7	35,7
C2	Secuencialidad	78,6	57,2	50,0
C3	Racionalidad Científica	78,6	57,2	42,9
C4	Disponibilidad	78,6	64,3	57,2
C5	Oportunidad	85,7	78,6	71,4

Fuente: Investigador Principal; 2015.

Figura N° 15: Gráfico del análisis de resultados con énfasis en los resultados de evaluación alto – superior.



Fuente: Investigador Principal; 2015.

Análisis Figuras N° 14 y 15: Resultados de los niveles de evaluación alto – superior por cada variable.

- El criterio integralidad desde el enfoque obtuvo un 75% de calificación alta-superior, desde el despliegue un 60.7% de calificación alta-superior y desde los resultados un 35.5% de calificación alta superior.
- El criterio secuencialidad desde el enfoque obtuvo un 78.6% de evaluación alto-superior, desde el despliegue un 57.2% de calificación alta superior y desde los resultados un 50% de calificación alto superior.
- El criterio racionalidad científica desde el enfoque obtuvo un 78.6% de calificación alta-superior, desde el despliegue un 57.2% de calificación alta-superior y desde los resultados un 42.9% de calificación alta-superior.
- El criterio disponibilidad desde el enfoque obtuvo un 78.6% de calificación alta-superior, desde el despliegue un 64.3% de calificación alta-superior y desde los resultados un 57.2% de calificación alta-superior.
- El criterio oportunidad desde el enfoque obtuvo un 85.7% de calificación alta-superior, desde el despliegue un 64.3% de calificación alta-superior y desde los resultados un 57.2% de calificación alta-superior.

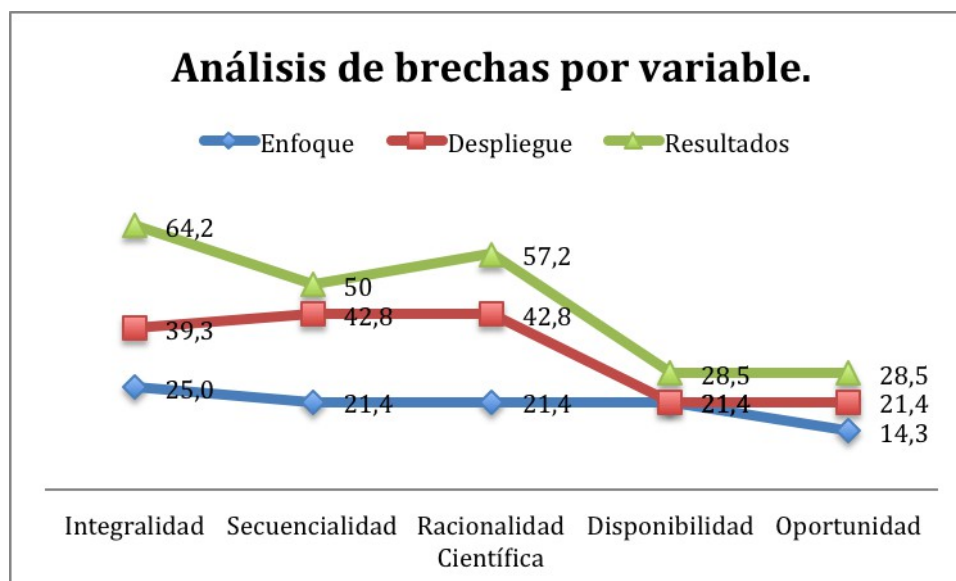
Variables mejor evaluadas: Las variables mejor evaluadas fueron la oportunidad en primer lugar; seguida de la disponibilidad.

Figura N° 16: Valor porcentual de brechas por cada variable.

Criterio	Característica de la Historia Clínica.	Enfoque.	Despliegue.	Resultados.
		Análisis de brechas. (Valor porcentual %).		
A1	Integralidad	25,0	39,3	64,2
A2	Secuencialidad	21,4	42,8	50,0
A3	Racionalidad Científica	21,4	42,8	57,2
A4	Disponibilidad	21,4	21,4	28,5
A5	Oportunidad	14,3	21,4	28,5

Fuente: Investigador Principal; 2015.

Figura N° 17: Grafico del análisis de brechas.



Fuente: Investigador Principal; 2015.

Análisis Figura N° 16 y 17: Análisis de resultados con énfasis en el valor porcentual de las brechas por cada variable.

- El criterio integralidad presenta una brecha con mayor peso porcentual en los resultados con un valor del 64,2%; seguida de un 39,3% en el despliegue y un 25% en el enfoque. Lo que permite inferir que la mayor fortaleza del criterio integralidad se encuentra en el enfoque el cual hace referencia a los aspectos de la planeación en la historia clínica; y su mayor debilidad se observa en el despliegue y los resultados.
- El criterio secuencialidad presenta una brecha con mayor peso porcentual en los resultados con un valor del 50,0%; seguida de un 42,8% en el despliegue y un 21,4% en el enfoque. Lo que permite inferir que la mayor fortaleza del criterio secuencialidad se encuentra en el enfoque el cual hace referencia a los aspectos de la planeación en la historia clínica; y su mayor debilidad se observa en el despliegue y los resultados.
- El criterio racionalidad científica presenta una brecha con mayor peso porcentual en los resultados con un valor del 57,2%; seguida de un 42,8% en el despliegue y un 21,4% en el enfoque. Lo que permite inferir que la mayor fortaleza del criterio secuencialidad se encuentra en el enfoque el cual hace referencia a los aspectos de la planeación en la historia clínica; y su mayor debilidad se observa en el despliegue y los resultados.
- El criterio disponibilidad presenta una brecha con mayor peso porcentual en los resultados con un valor del 28,5%; seguida de un 21,4% en el despliegue y un 21,4% en el enfoque. Lo que permite inferir que la mayor fortaleza del criterio secuencialidad se encuentra en el enfoque el cual hace

referencia a los aspectos de la planeación en la historia clínica; y su mayor debilidad se observa en el despliegue y los resultados.

- El criterio oportunidad presenta una brecha con mayor peso porcentual en los resultados con un valor del 28,5%; seguida de un 21,4% en el despliegue y un 14,3% en el enfoque. Lo que permite inferir que la mayor fortaleza del criterio secuencialidad se encuentra en el enfoque el cual hace referencia a los aspectos de la planeación en la historia clínica; y su mayor debilidad se observa en el despliegue y los resultados.

Con base en entonces en los resultados y brechas observadas en las historias clínicas, y su gestión, en la IPS S.M., se proponen los siguientes lineamientos para la mejora en el periodo 2016.

Objetivo general del plan de mejora: Armonizar el nivel de la gestión (enfoque, implementación y resultados) de las historias clínicas con el fin de reducir el desbalance existente en el desempeño global de las variables *integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad*.

Foco del plan de mejoramiento: El logro del plan de mejora se orienta con base en las variables (resultado alcanzado y brecha) en el siguiente orden: *integralidad, racionalidad científica, secuencialidad, disponibilidad y oportunidad*. Adicionalmente, de acuerdo a la gestión (tres fases) el orden es *resultados, despliegue y enfoque*. En resumen, el lugar de énfasis para la mejora de la gestión de las historias clínicas, es elevar el desempeño en las variables con acento en los resultados de las mismas, a fin de armonizar su desempeño y aumentar la sostenibilidad del proceso.

Lugar del plan de mejoramiento: la realización de las acciones del plan de mejora se llevan a cabo en las diferentes unidades, áreas y puestos de trabajo de la IPS S.M., con énfasis en aquellos que tienen más relación con las historias clínicas (servicios asistenciales, servicios ambulatorios, facturación, archivo, oficina de calidad, auditoria médica).

Acciones de mejora por variable y etapa de gestión: En la siguiente figura N° 18 se exponen un conjunto de acciones a través de las cuales se planifica el logro del objetivo formulado.

Figura N° 18: Matriz de acciones de mejoramiento.

VARIABLE	ACCIONES PARA LA FASE DE LA GESTIÓN A MEJORAR-RESULTADO.	RECURSOS ESTIMADOS.	DURACIÓN DE LAS ACCIONES.	LÍDER PARA LA GESTIÓN DE LAS ACCIONES.
INTEGRALIDAD	Acción N° 1: Fortalecer la auditoría de calidad de historias clínicas (<i>auditorías internas</i>) y de pares haciendo énfasis en el cumplimiento de los <i>aspectos científicos, técnicos y administrativos de la atención en salud</i> de acuerdo con la Resolución 1995/1999 y el Manual de Acreditación Colombiano; 2003 (Criterios N° 33, 45 y 92).	Auditorías según cronograma de auditorías anuales y según cronograma del comité de historias clínicas. Muestra aleatoria de historias clínicas. Publicación y socialización interna de resultados en cartelera institucionales.	Una sesión de auditoría al mes. Tiempo de cada sesión: 1 hora.	Profesional de Calidad. Equipo de auditores internos. Comité de historias clínicas.
RACIONALIDAD CIENTÍFICA	Acción N° 2: Listar y describir en el manual de uso de historias clínicas los parámetros científicos que se requieren (según el manual de acreditación) y que están aprobados institucionalmente para ser aplicados durante el diligenciamiento de la historia clínica (criterios para cada profesión) en la IPS SM. Nota: <i>Actualizar el manual de historias Clínicas institucional incluyendo los parámetros clínicos y científicos avalados por la institución.</i>	Recursos humanos: Sub-gerente científico y profesionales asistenciales por cada área del conocimiento. Realizar talleres prácticos de diligenciamiento de historias clínicas con evaluadores Aplicar la metodología del queso suizo durante los talleres prácticos.	Capacitaciones en los diferentes servicios durante un mes (30 días).	Gerente de la IPS, Sub-Gerente Científico, Líderes de procesos y coordinadora asistencial.
	Acción N° 3: Establecer medidas de sensibilización institucional y capacitación a funcionarios que intervienen en el manejo y gestión de la historia clínica sobre los aspectos científicos que debe incluir la historia clínica incluido: el examen mental, valoración del estado de salud. <i>Sensibilizar al talento humano de la institución con relación a la importancia de la historia clínica; además de los beneficios para la institución reflejados económicamente.</i>	Reinducción al uso de la historia clínica (manual y sistematizada). Capacitación por agentes externos con convenio en la institución como la Asociación Nacional de Anestesiología; sobre aspectos científicos de la historia clínica.	Capacitación institucional programada durante una jornada de 6 horas.	Líderes de Procesos, Sub-gerente Científico.

	<u>Acción N° 4:</u> Fomentar el auto-control y metodología del queso suizo durante las etapas de desarrollo de la historia clínica.	Capacitación del plan de seguimiento institucional y uso del NO conforme.	Capacitación a cargo de los auditores internos en los diferentes servicios.	Profesional de Calidad.
SECUENCIALIDAD	<u>Acción N°5:</u> Socializar el manual de uso de la historia clínica y evaluar el nivel de entendimiento y apropiación del mismo.	Reinducción al uso de la historia clínica (manual y sistematizada).	30 días.	Líder de gestión de la Información
DISPONIBILIDAD	<u>Acción N°6:</u> Fortalecer el procedimiento de respuesta a las solicitudes de historias clínicas en físico por: familiares, instancias jurídicas y cliente interno.	Actualización del procedimiento.	30 días.	Líder de gestión de la Información y gestión documental.
	<u>Acción N°7:</u> Realizar actividades de mantenimiento del software institucional dinámica gerencial.	Proveedor de mantenimiento a software.	3 meses.	Líder de gestión de la información.
OPORTUNIDAD	<u>Acción N°8:</u> Fortalecimiento del software institucional y de sistemas de alarma y/o recordatorios para realizar los registros clínicos y técnicos de manera posterior a la prestación del servicio.	Recurso Humano: Ingeniero en Sistemas capacitado en software dinámica gerencial.	3 meses.	Líder de gestión tecnológica y de la Información.

Fuente: Investigador principal; 2015

8 CONCLUSIONES.

Con relación al proceso de *auditoría para el mejoramiento de la calidad* en la IPS S.M. es posible concluir que:

1. La IPS SM mediante la conformación del Macro-proceso de Evaluación y a través del desarrollo y ejecución de auditorías de calidad a cargo del programa de *Gestión de la Calidad, Evaluación y Control*; da cumplimiento de manera general al segundo componente del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) denominado: “*Auditoría para el mejoramiento de la calidad en Salud*”; el cual exige a las entidades de salud procurar niveles superiores de calidad en sus servicios.

Pero de manera específica en el marco de “*las auditorías de calidad de las historias clínicas y su gestión*”; se puede concluir:

2. La historia clínica presenta debilidades principalmente en la adopción y apropiación de las características para el manejo de la historia clínica definidas en la Resolución N° 1995 del año 1999. Y los criterios de calidad proyectados en el Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario de Colombia (Versión 003 del año 2011); no han sido incluidos en el procedimiento institucional denominado: “*Manual de manejo de las historias clínicas (versión 01 – 2015)*”. Por lo tanto; la falta de conceptos estandarizados desde las directrices institucionales genera debilidad en la calidad de los registros clínicos.
3. El desempeño de la gestión de las historias clínicas en la IPS SM de manera general presenta desarmonización entre las cinco características normativas de la historia clínica (integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, oportunidad y disponibilidad). Las variables evaluadas con mejor desempeño (entre alto a superior) son: la oportunidad y la disponibilidad; mientras que las variables evaluadas con un desempeño menor (entre: medio, bajo e inferior) son: la integralidad, la secuencialidad y la racionalidad científica. Variables que hacen mayor énfasis en los aspectos de tipo científico, legal y ético de la historia clínica.
4. De acuerdo con la metodología de evaluación propuesta en el Manual de Acreditación Colombiano y los resultados del presente estudio, se concluye que: las principales brechas en la gestión de historias clínicas se encuentran en el despliegue y en los resultados; mientras que el enfoque presenta mayor fortaleza.

El despliegue entonces; hace referencia al nivel de ejecución de los aspectos de la planeación y de su socialización tanto al colaborador (cliente externo) como al paciente (cliente interno), los resultados muestran el comportamiento final de la gestión y el enfoque hace referencia a la planeación; incluidos los lineamientos institucionales y normativos.

5. Dentro de las estrategias para el despliegue de los resultados de las auditorías de calidad de la gestión de las historias clínicas en la IPS SM; se evidencia que: la principal falla se presenta en la falta de socialización de los resultados que arrojan las auditorías sobre la gestión de la

historia clínica en cada servicio. Este rompimiento de la comunicación hace que los aspectos de calidad que han sido planeados (etapa del enfoque) no puedan ser ejecutados (etapa de despliegue) y los resultados finales se sostienen sin cambio hacia la mejoría en el tiempo.

6. Algunos autores (Ej., Häyrinen, K., Saranto, K. & Nykänen, P., y Krish Tiru et al.); en estudios realizados asociados a la calidad de los registros clínicos manuales y/o electrónicos en los que revisan aspectos como: *la estructura, el contenido, el uso, la calidad de datos y los impactos tanto en la atención del paciente, como en los resultados para las instituciones de salud*; se concluyen hipótesis que son homogéneas y coherentes con los resultados arrojados en el presente estudio; como:
 - a) La cantidad y calidad de información que se registra en las historias clínicas genera impactos positivos en la atención del paciente y su continuidad; y en la toma de decisiones clínicas e institucionales. Por lo la falta de estandarización y cumplimiento de normas que la regulan, se incrementan los efectos de la no calidad en su gestión.
 - b) El énfasis en los aspectos éticos, legales y normativos (*características: integralidad, racionalidad científica y secuencialidad*) durante el uso, gestión y administración de la historia clínica favorecen el cumplimiento de los objetivos de la atención del paciente, la documentación de la prestación del servicio, los resultados en las auditorías de calidad en salud y la toma de decisiones administrativas.
 - c) Un programa de auditoría, socialización y capacitación continua sobre los aspectos normativos, lineamientos institucionales y la necesidad del empoderamiento del uso de la historia clínica favorecen los resultados de su gestión y la evaluación de la calidad observada con relación a la esperada.
7. El mejoramiento de la gestión de las historias clínicas es un reto para las instituciones de salud; dado que los avances técnico-científicos en materia de registros clínicos le permite a las instituciones crecer en aspectos de calidad, investigación, auto-control y gestión financiera asociada a la prestación de servicios en salud.

9 RECOMENDACIONES.

Dirigidas hacia el Macro-proceso de Direccionamiento Estratégico:

1. Fortalecer y concluir el proceso de sistematización de la historia clínica.
2. Alinearse con las recomendaciones internacionales para el manejo de la historia clínica electrónica y las normas del país para el uso y la calidad de los registros clínicos.
3. Fomentar en sus colaboradores el uso terminologías sistemáticas, códigos y parámetros técnico-científicos estandarizados.
4. Documentar y gestionar el comité institucional de Historias Clínicas.

Dirigidas hacia el Macro-proceso de Gestión de la Calidad, Evaluación y Control:

5. Implementar un programa de auditoría que sea específico para la gestión de historias clínicas y apoyarse de la normatividad de historias clínicas (Resolución 1995/1999 y Criterios de Calidad de la historia clínica del Manual de Acreditación Colombiano)
6. Fortalecer las actividades de auditoría, evaluación, seguimiento y control de las historias clínicas; apoyándose en el Comité de historias Clínicas.
7. Implementar actividades de retroalimentación y capacitación continua para el mejoramiento de la calidad de los registros y de las prácticas asociadas al uso de la historia clínica.

Dirigidas hacia el recurso humano y la historia clínica de la IPS SM.

8. Implementar una visión de **proceso** en la gestión de la historia clínica.
9. Estandarizar la historia clínica de manera general, abarcando todos sus componentes incluidos los aspectos técnicos, científicos y administrativos.
10. Establecer medidas de sensibilización que permitan la **apropiación** y el **empoderamiento** del uso de la historia clínica y sus impactos legales, científicos, clínicos y costo-económicos.
11. Implementar estrategias de auto-control y supervisión colaborativa o cruzada (entre colaboradores) del uso y manejo de la historia clínica, cumplimiento de las características de la historia clínica y criterios de calidad.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ministerio de la Protección Social. (2007). Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>
2. Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución 1043. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>
3. Ministerio de la Protección Social. (2007). Resolución 2680. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=26257>
4. Ministerio de la Protección Social. (1999). Resolución 1995. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16737>
5. Häyrynen, K. Saranto, K. Nykänen P. (2008). Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *International journal of medical informatics*, 77, 291–304. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.09.001>
6. Thiru, K. Hassey, A. Sullivan, F. (2003). Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care. *BMJ*, 326 (7398), 1070–1072. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7398.1070>
7. Porcheret, M. Hughes, R. Evans, D. Jordan, K. Whitehurst, T. Ogden, H. Croft, P. (2004). Data Quality of General Practice Electronic Health Records: The Impact of a Program of Assessments, Feedback, and Training. *BMJ*, 11(1), 78–86. Doi: 10.1197/jamia. M1362
8. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. (2010). Auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC. 1–35.
9. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. (2010). Auditorías Internas. 1–6.
10. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. (2015). Reseña histórica. Recuperado de: plataforma institucional <http://192.168.0.10.calidad/reseñahistorica.hdpuv>, <http://www.hospitalpsiquiatricocali.com/hdpuv1/index.php/qsomos/history>
11. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle. (1974). Informe general presentado a la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico San Isidro.
12. Organización Mundial de la Salud. (2001). Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. (2001). Proyecto Atlas, Recursos de la Salud Mental en el Mundo. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1_spa.pdf

14. Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia. Recuperado de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
15. Ministerio de Salud. (1998). Resolución 2358 – Política Nacional de Salud Mental. Recuperado de: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf
16. Vera D. & Rubiano S. (2012). Revisión de lineamientos y estrategias en salud mental en Colombia y Chile. Recuperado de: www.bdigital.unal.edu.co/7704/1/5599378.2012.pdf
17. Organización Panamericana de la Salud. (2013). Salud en las Américas Colombia. Recuperado de: www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=30&option=com_content
18. Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. Recuperado de: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
19. Departamento Nacional de Planeación. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014. Recuperado de: <https://sinergia.dnp.gov.co/SISMEG/Archivos/PND2010-2014%20Tomo%20I%20CD.pdf>
20. Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley de Salud Mental 1616. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
21. Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
22. Organización Internacional de Normalización. (2002). Norma Técnica ISO 19001. Recuperado de: <https://www.minagricultura.gov.co/planeacion-control-gestion/Sistema%20Integrado%20de%20Gestin/Normas%20SIG/Norma%20NTC-ISO%2019011%20de%202002.pdf>
23. Organización Internacional de Normalización. (2012). Norma Técnica ISO 19001 - Primera actualización. Recuperado de: http://www.itm.edu.co/Data/Sites/1/SharedFiles/calidadnormativaexterna/NTC_ISO_19011_2012.pdf
24. Villar, M.C, Rivera, Z. (2006). La auditoría como proceso de control: concepto y tipología. Ciencias de la Información. 37 (2-3), 53-59. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181418190004>
25. Machucca, D. (2007). La auditoría, concepto actual o antiguo. Revista Ciencia y cuidado. 4 (4), 51-57. ISSN 1794-9831. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534049>
26. Montañés, B. & Coltell, S. (1986). Auditoria de los sistemas de información. Universidad Politécnica de Valencia. 53(53). ISBN: 8477213933

27. Quintana, M. (1993). La auditoría de mercadotecnia como técnica para desarrollar las estrategias de marketing. 79, (20-29). Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=90136>
28. Arens A. & Loebbecke J. (1997). Auditoría Integral. 25(35), (178-179). ISBN: 9789702607397. Recuperado de: <http://www.search-document.com/pdf/1/6/descargar-libro-de-auditoria-un-enfoque-integral-arens-pdf.html>
29. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2007. Recuperado de : <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atención%20en%20Salud.pdf>
30. Álvarez, F. (2015). Calidad y auditoría en salud. Bogotá: ECOE Ediciones.
31. Isaza, A. (2014). Garantía de la Calidad en Salud. Bogotá: Ediciones de la U.
32. Congreso de la República de Colombia. (1999). Ley 10. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
33. Presidencia de la republica de Colombia. (1996). Decreto 2174. Recuperado de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/DECRETOS/2174%2096.pdf>
34. Congreso de la República de Colombia. (1981). Ley 23 Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200023%20DE%201981.pdf>
35. Ministerio de la Protección Social. (2011). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario - Versión 003. Bogotá - Colombia. ISBN: 978-958-8717-33-3. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>
36. Centro de escritura Javeriano. (2010). Normas APA sexta edición. Recuperado de: <http://www.uees.edu.sv/editorial/publicaciones/Normas%20APA%20Sexta%20Edición.pdf>

11 ANEXOS.

Anexo N° 1: Carta del Profesor al Programa para la dirección del Trabajo de Grado.



Anexo N° 2: Solicitud de autorización ante la Gerencia del HPUV para realizar el trabajo de grado.

Santiago de Cali, Noviembre 13 de 2014

Señor
Julio Cesar Rojas Trujillo
Gerente
Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle
Cali-Valle del Cauca

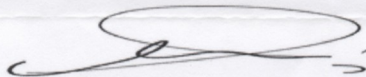
Estimado Señor Julio Cesar,

Actualmente estoy dirigiendo el trabajo de grado **"Evaluación del proceso de auditoría. Caso de estudio: Auditoria Historias Clínicas en una IPS de tercer nivel del Valle del Cauca"**, a cargo de la estudiante *Jennifer Ysleni Gordon Botero*, adscrita al programa académico Maestría Administración en Salud de la Universidad del Valle.

En la planificación de las actividades para el logro de los objetivos asociados al trabajo de grado, es necesario hacer entrevistas y estudiar de diversos documentos de la entidad, así como de otras fuentes, proceso que se llevará a cabo dentro del más cuidadoso ejercicio y ética profesional.

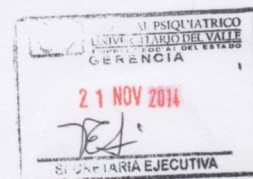
Agradezco de manera especial la colaboración y quedo atento a cualquier inquietud.

Cordialmente,



Luis Alberto Pérez Bonfante
Profesor Facultad de Ciencias de la Administración
Director del Trabajo de Grado
Email: luis.alberto.perez@correounivalle.edu.co
Teléfono: 300 620 60 12
Copias.

- *Jennifer Ysleni Gordon Botero*
- *Programa Maestría Administración en Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle*

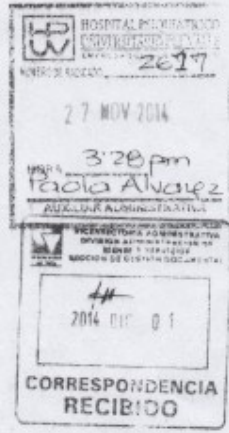


Anexo N° 3: Autorización de la Gerencia del HPUV para realizar el trabajo de grado.

Copia



HOSPITAL PSIQUIATRICO
UNIVERSITARIO DEL VALLE
NTE 890.304 5-5-8



G-07-003

Santiago de Cali, 26 de noviembre de 2014

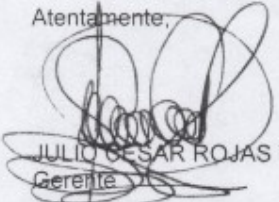
Doctor
LUIS ALBERTO PEREZ BONFANTE
Director del Trabajo de Grado
Profesor Facultad de Ciencias de la Administración
Universidad del Valle
Ciudad

Asunto: Su solicitud para trabajo de grado de estudiante Jennifer Ysleni Gordon Botero

Cordial saludo.

De acuerdo a su comunicación para que JENNIFER YSLENI GORDON BOTERO, estudiante de "Maestría en Administración en Salud" pueda realizar su trabajo de grado *"Evaluación del proceso de auditoría. Caso de estudio: Auditoría Historias Clínicas en una IPS de tercer nivel del Valle del Cauca"*, en esta Institución; me permito informarle que se acepta su solicitud, por lo tanto la estudiante debe ponerse en contacto con los doctores Carlos Alberto Miranda Bastidas, Subgerente Científico y Gustavo Adolfo Mejía González, Subgerente Administrativo y Financiero del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, para el debido desarrollo de las actividades a realizar

Atentamente,



JULIO CESAR ROJAS TRUJILLO
Gerente

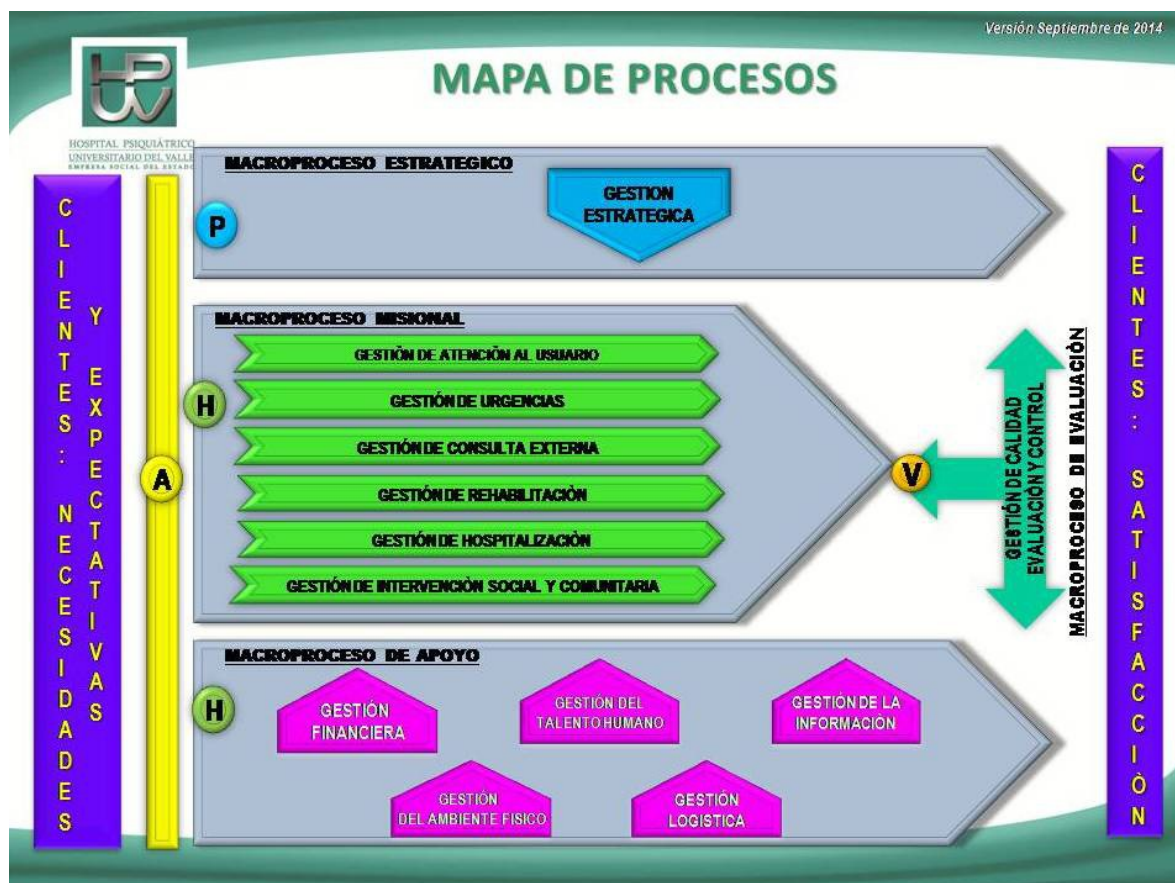
Copia: Carlos Alberto Miranda B., Subgerente Científico
Gustavo Adolfo Mejía G., Subgerente Administrativo y Financiero

Transcriptor: Victoria E. Sandoval-239

Calles 5 N° 80-00 PBX 682 1800 A.A. 5248 Cali, Colombia
ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co www.psiquiatricocali.gov.co

*Por una sociedad cada vez
más equilibrada*

Anexo N° 4: Mapa de Procesos de la IPS S.M; versión: Septiembre de 2014.



Fuente: Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE. Mapa de Procesos (2014). Plataforma Documental.

Anexo N° 5: Entrevista y Herramienta 5W1H realizada al Profesional de Calidad de la IPS – SM.

Ciudad: Cali – Valle.	Fecha: Febrero-27-2015.	Hora: 2:00 Pm	Entrevista N° : 01
Entrevistado:	Ingeniero - Mauricio Tamayo Vélez.		
Cargo del entrevistado:	Profesional Universitario - Calidad.		
Institución:	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.		
Entrevistador:	Est. Jennifer Gordon Botero		
Información del estudiante:	E-mail: jennifergordonbotero@gmail.com		
Programa Académico:	Maestría en Administración en Salud.		
Universidad:	Universidad del Valle – Escuela de Salud Pública.		
Docente:	Luis Alberto Pérez Bonfante		
Temas Indagados:	Auditorías de calidad, Auditoría de los Sistemas de Gestión Caso: Historias Clínicas.		

DESCRIPCIÓN: La presente entrevista tiene el propósito de indagar temas con relación a: las auditorías de calidad en el marco de la salud; específicamente de historias clínicas. La posible gestión que desarrolle la I.P.S y/o auditorías en el proceso de historias clínicas y los documentos institucionales utilizados en el proceso de auditoría relacionado.

RECOLECCION DE LA INFORMACION: La técnica usada para la recolección de información será la herramienta administrativa: 5W – 1H y preguntas abiertas.

CONSIDERACIONES ETICAS: La información recolectada se utilizara bajo condiciones estrictas de reserva y no será divulgada sin previa autorización escrita de la I.P.S (HDPUV). Solo será utilizada con fines académicos; en el marco del trabajo de investigación: “*Evaluación del Proceso de Auditorías. Caso de estudio: Auditoría a Historias Clínicas en una IPS de tercer nivel del valle del cauca*”; y se sujeta a las disposiciones legales según la Resolución N° 8430 de 1993; por la cual se reglamentan las “*Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud*”.

INVESTIGACION SIN RIESGO - Resol. 8430/1993; Art. 11, Parágrafo (a): “*Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta*”.

PREGUNTAS.	RESPUESTAS.
1. ¿La IPS (Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle) realiza auditorías en salud?	-Si, en el HDPUV se realizan auditorías de calidad en salud desde el año 2004. Además cuenta con un equipo multidisciplinario de auditores internos que se eligen mediante convocatoria interna. -Las auditorías de calidad son realizadas de manera global en cada proceso (que ha establecido la institución en su mapa de procesos), siguiendo estándares de acreditación en salud y con apoyo de las normas: ISO 9001:2008 Y ISO 19011:2012.
2. ¿La IPS realiza auditoría de la gestión de historias	-La historia clínica es manejada en tres áreas institucionales: áreas administrativas, áreas asistenciales y el archivo.

clínicas?	-Cada área de servicio tiene funciones de control sobre el manejo de la historia clínica. -No existe un programa específico que audite o/vigile la gestión integral de la historia clínica.
3. ¿La I.P.S cuenta con un documento institucional que describa el manejo de la historia clínica y su gestión? (Ej. Protocolo, ruta de manejo, flujo-grama; u otro).	-El programa institucional que contiene los documentos institucionales es: <u>la plataforma estratégica</u>. Es una herramienta diseñada por el Profesional de Calidad (Ing. Mauricio Tamayo) -Contiene el: Manual de manejo de historias clínicas, recientemente implementado (2015). -Este manual fue realizado por líderes del proceso <u>Asistencial</u> y Funcionaria de Archivo; dado las recomendaciones del primer ciclo de auditorías del año 2013. -Ruta de Acceso al Documento: 1) Abrir: Plataforma estratégica, 2) Ingresar en el link: Documentación Organizacional, 3) Ingresar en la Carpeta: Documentos de Calidad. Instrumentos relacionados: Manual de manejo de historias clínicas, PAMEC.
4. ¿La IPS utiliza instrumentos para la ejecución de las auditorías de calidad? (Ej. Listas de chequeo / formatos)	-Si los utiliza. - Son formatos los utilizados en el proceso en general de auditorías de calidad.
5. ¿Cómo fueron diseñados los instrumentos de evaluación que utiliza la IPS - en las auditorías de calidad?	-Los instrumentos fueron realizados por el Profesional de Calidad (Ing. Mauricio Tamayo) -Los recursos utilizados para el diseño de estos fueron: listas de chequeo de referenciación de otras instituciones de salud, documentos de ICONTEC y asesoría de los capacitadores de ICONTEC en diplomados de formación académica como auditor, Normas Técnicas Colombianas ISO y la Resolución 1446 de 2006 (Sistema de Información e Indicadores del SOGC para la atención en salud).

6. ¿Los resultados, hallazgos y planes de mejoramiento de las auditorías de calidad son publicados en la IPS por algún medio?	-No son publicados. -Los hallazgos se redactan en los formatos institucionales del plan de auditorías de calidad y son entregados al Líder de cada proceso (Ej. Líder del Proceso asistencial, Líder del proceso de atención ambulatoria). -Son los líderes de cada proceso quienes son notificados de los hallazgos (identificados en las auditorías internas). -Los líderes deben presentar al profesional de calidad los planes de mejoramiento por cada hallazgo, para esto utilizan la herramienta espina de pescado (establecida en la IPS) para conocer las causas y efectos que ocasionan los hallazgos en su proceso. Además pactan una fecha para haber implementado el plan de mejoramiento de cada hallazgo, de esta manera se establecen nuevas auditorías de verificación.
7. ¿Durante el periodo: año 2014, la IPS realizó auditorías de calidad en los procesos que involucran el uso de la historia clínica?	-Durante el año 2014 el programa de auditorías de calidad realizó el cronograma de auditorías anual, la selección de auditores internos (para relevar cargos) y presentó a la gerencia el plan de auditorías anual. -Sin embargo las visitas de auditoría por procesos no pudieron ser realizadas por el NO cumplimiento de los planes de mejoramiento en las áreas institucionales. -Dentro de los hallazgos del año 2013 se presentó la solicitud de realizar: <i>“la actualización de los procesos y la actualización de los procedimientos que se realizan en cada proceso”</i>; los líderes de proceso entregaron sus planes de mejoramiento al área de calidad, pero no fueron desarrollados, ni cumplidos en la vigencia 2014. - Teniendo en cuenta que la ejecución de auditorías de campo sin la actualización de los procesos y procedimientos institucionales arrojaría los mismos hallazgos de la vigencia 2013, las auditorías internas no fueron realizadas. -Este año se presentó un informe a la alta gerencia delegándole responsabilidad por el estancamiento de los procesos y los planes de mejoramiento. La fecha límite pactada para dar cumplimiento de los hallazgos del ciclo de auditorías (2013) por parte de los líderes es Abril de 2015.

Fuente: TAMAYO, Mauricio. Entrevista realizada el 27 de Febrero de 2015. Ciudad Santiago de Cali.
Entrevistador: Jennifer Gordon B.

TABLA N°1: HERRAMIENTA ADMINISTRATIVA 5W – 1H						
TEM A RAIZ.	¿QUE? / What?	¿QUIEN? / Who?	¿CUANDO? / When?	¿COM O? / How?	¿DONDE? / Where?	¿PORQUE? / Why?
1) EL PROCESO (Programa de Auditorías)	1) Nombre del Proceso: - PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE CALIDAD.	1) Responsable del proceso: -Ingeniero Mauricio Tamayo V. - Planear y programar las auditorías internas anuales.	1) Tiempo/Programación del proceso: -Anual.	1) Metodología para ejecutar el proceso: - Normatividad Vigente: Resolución 1446 /2006 (indicadores de monitoria del SOGC), Norma Técnica ISO 9001: versión 2008 (Requisitos de los Sistemas de gestión de la calidad), ISO 19011: 2012 (NTC) -Modelo global de Auditoria, pero se debe revisar estandares en cada proceso. - Muestras aleatorias (incluido para las historias clínicas). - Planeación anual y cronograma de actividades contrastado con cumplimiento de hallazgos anteriores.	1) Lugar/Contexto en el que se desarrolla el proceso: -IPS - Hospital Psiquiatrico Universitario del Valle -Al interior de cada uno de sus diferentes procesos.	1) Razones por las que se establece el proceso. Porque el SOGC exige la implementacion de la auditoria como herramienta para monitorear la calidad.
2) LAS ACTIVIDADES (Auditorías de Calidad)	2) Denominación de la actividad: - PLAN ANUAL DE AUDITORIAS DE CALIDAD.	2) Responsables de ejecutar las actividades: -Grupo de Auditores (Conformado por 18 auditores)	2) Cuántas auditorías de calidad se realizan en el año: -Mínimo 1 y máximo 4 auditorías. -Se fijan según los hallazgos de cada ciclo de auditorías y fechas pactadas para cumplimiento de planes de mejoramiento.	2) Como se ejecutan las actividades/ auditorías: -Visitas de Observación. -Aplicación de listas de Chequeo (Verificación) -Selección de muestras aleatorias. -Entrega de informes finales de hallazgos. -Elaboración de planes de mejoramiento. -Evaluación del desempeño anual de auditores internos.	2) Lugar en el que se desarrollan las actividades/ auditorías: -Se realizan en cada uno de los servicios de la IPS. - Servicios administrativos (talento humano, servicios financieros, SIAU) - Servicios asistenciales: ambulatorios y hospitalarios)	2) Razones por las que se realizan las actividades/ auditorías de calidad: - Mejoramiento continuo. -Posicionar la institución como referente de calidad en sus procesos y prestación del servicio. -Reconocimiento por entes evaluadores (ICONTEC): de certificación, acreditación. 4. Mejoramiento Financiero (Mas convenios, contratos con EPS)
3) AGENTES DEL PROCESO E INSTRUMENTOS	3) Denominación de los agentes internos del proceso/ responsables: - PROFESIONAL DE CALIDAD. -AUDITORES INTERNOS 3-1) Denominación de los agentes externos del proceso/ responsables: La alta Gerencia de la IPS (Gerente, Subgerente administrativo, Subgerente Científico)	3) Quiénes son los agentes del proceso: - Funcionarios internos de la IPS; capacitados por el ICONTEC como auditores de calidad.	3) Cada cuanto se eligen los auditores internos: -Los Auditores se eligen por convocatoria interna cada 3 años y/o según se requiera en casos de necesidad de sustitución de un cargo de auditor interno.	3) Que herramientas utilizan los agentes del proceso: 1) PLANIFICACIÓN DE AUDITORIA (GGD-A1.02) 2) LISTA DE VERIFICACION PARA AUDITORIA (GGD-A1.03) 3) REPORTE HALLAZGOS DE LA AUDITORIA (GGD-A1.04) 4) INFORME DE AUDITORIA (GGD-A1.05) 5) ANALISIS DE CAUSAS 6) PLAN DE ACCION 7) SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES CORRECTIVAS 8) EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE AUDITOR INTERNO DE CALIDAD (GCEC-F-ED. 01)	3) Lugar en el los agentes del proceso aplican los instrumentos: - Oficina de Calidad (El Ingeniero realiza el Cronograma del Plan Anual de Auditorías y sus auditores generan los informes de auditoria. -Las listas de verificacion se aplican en cada servicio auditado.	3) Porque se utilizan las herramientas diseñadas por el equipo de auditorías de calidad: 1) Establecer el cronograma de trabajo, los alcances, numero de horas requeridas y recursos. 2) Fecha de la auditoria, proceso evaluado, requisitos, responsables de la auditoria. 3) Evaluar el cumplimiento de los estandares evaluados (Cumple, No cumple, Parcialmente) 4) Presentar un informe de la auditoria realizada (Objetivo, alcance, criterios, normas, conclusiones generales de la auditoria, hallazgos de no conformidad y oportunidades de mejora) 5) Reporte de cada hallazgo de la auditoria. 6) Presentar los planes de accion para corregir los hallazgos (Responsable: Lideres de proceso) 7) Para hacer seguimiento de los planes de acción propuestos por los lideres y verificar cumplimiento (Se aplica un mes después) Incluye: Hallazgo de No conformidad, Causas, Acciones correctivas, Fechas de compromiso, Fecha de revision, Estado de cumplimiento de las acciones correctivas, Eficacia de las acciones, Validacion (Fecha para cumplir acciones correctivas). 8) Evaluar el desempeño de los auditores internos.

Fuente: TAMAYO, Mauricio. Entrevista realizada el 27 de Febrero de 2015. Ciudad Santiago de Cali. Entrevistador: Jennifer Gordon B.

Anexo N° 6: Instrumento de evaluación N° 1: Evaluación General de Auditorías.

   HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO					
INVESTIGACIÓN: "EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DEL VALLE DEL CAUCA - 2015".					
Instrumento N° 1: Evaluación General de Auditorías. Fecha de elaboración: _____ Fecha de actualización: _____					
No.	Proceso	Fecha	Horario	Auditor(es).	Auditados
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante; 2015.

Anexo N° 7 : Instrumento de evaluación N° 2: Plan de Auditoría.

   HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO											
INVESTIGACIÓN: "EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DEL VALLE DEL CAUCA - 2015".											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 60%; text-align: center; vertical-align: middle;">INSTRUMENTO N° 2: PLAN DE AUDITORÍA.</td> <td colspan="5" style="text-align: center; background-color: #e1f5fe;">Fecha de elaboración del Plan</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Día</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Mes</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Año</td> </tr> </table>	INSTRUMENTO N° 2: PLAN DE AUDITORÍA.	Fecha de elaboración del Plan					Día		Mes		Año
INSTRUMENTO N° 2: PLAN DE AUDITORÍA.		Fecha de elaboración del Plan									
	Día		Mes		Año						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Equipo Auditor-Auditor Líder</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Responsable del Proceso-Área a Auditar</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Equipo Auditor-Auditor Líder	Responsable del Proceso-Área a Auditar									
Equipo Auditor-Auditor Líder	Responsable del Proceso-Área a Auditar										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;">Objetivo de la Auditoría</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Alcance de la Auditoría: Proceso-Área a Auditar</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Objetivo de la Auditoría	Alcance de la Auditoría: Proceso-Área a Auditar									
Objetivo de la Auditoría	Alcance de la Auditoría: Proceso-Área a Auditar										
Criterios o Bases de la Auditoría											
Aspectos Internos											
Aspectos Externos											
Fecha D-M-A	Hora	Actividad (Hacer)									
		Reunión de apertura: enfoque, metodología, criterios y participantes.									
		Revisión documental: suficiencia, pertinencia y consistencia									
		Entrevistas de campo: proactividad, sistematicidad, calidad.									
		Identificación de Hallazgos: fortalezas, cumplimientos, no conformidades, aspectos de mejoramiento									
		Elaboración del Informe: hallazgos, conclusión.									
		Reunión de cierre: exposición de enfoque, metodología, criterios, participantes, hallazgos y concepto									
Consideraciones especiales para la auditoría											

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante; 2015.

Anexo N° 8: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 1 a 4).

 EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA															
No.	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	CRITERIO PERTINENTE PARA EL ÁREA DE GESTIÓN:	ASPECTOS A AUDITAR Tema o Pregunta.	EVIDENCIA Hechos y datos asociados observados y suministrados	COMENTARIOS Observaciones del equipo auditor										
1	* INTEGRALIDAD (De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Art N°3 y del Manual de Acreditación en Salud, version 003, De los estándares 33, 45, 92)	* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	* Nota: Algunos Criterios de evaluación son específicos de un área o proceso y no aplican para otros. DEFINICIÓN CARACTERÍSTICA INTEGRALIDAD - (Resol 1995, ART 3): La historia Clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos: CIENTÍFICOS, TÉCNICOS y ADMINISTRATIVOS relativos a la atención en salud en las fases de FOMENTO, PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN ESPECÍFICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO y REHABILITACIÓN de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social; e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.												
2		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR N° 33: La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente: Literal 10: "Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud tiene especial cuidado para incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y registro en la historia clínica."												
3		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR N° 45: La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto. Literal 4: Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.												
4		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR 92: La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: Literal 3: Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.												
PROMEDIO POR NIVEL DE ESCALA DEL CRITERIO															
PROMEDIO GLOBAL DEL CRITERIO															

 EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM RESPUESTAS: LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA															
No.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
	Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
1															
2															
3															
4															

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante e Investigador Principal; 2015.

Anexo N° 9: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 5 a 8).

					
EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM					
LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA					
No.	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	AREA O PROCESO EVALUADO (Según aplique cada criterio)	ASPECTOS A AUDITAR Tema o Pregunta	EVIDENCIA Hechos y datos asociados observados y suministrados	COMENTARIOS Observaciones del equipo auditor
5	* SECUENCIALIDAD. (De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Art N°3 y del Manual de Acreditación en Salud, versión 003, De los estándares 43, 54, 66)	* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	DEFINICIÓN CARACTERÍSTICA SECUENCIALIDAD (Resol 1995, Art 3): Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.		
6		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR N° 43: La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas). Literal 3: La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, <u>incluida la constancia del reporte en la historia clínica.</u>		
7		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR N° 54: Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: Literal 6: Siempre debe quedar constancia en la historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante.		
8		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	ESTANDAR 66: Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.		
PROMEDIO POR NIVEL DE ESCALA DEL CRITERIO					
PROMEDIO GLOBAL DEL CRITERIO					

															
EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM															
RESPUESTAS: LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA															
No.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
	Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
5															
6															
7															
8															

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante e Investigador Principal; 2015.

Anexo N° 10: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 9 a 12).

   EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM <u>LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA</u>														
No.	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	AREA O PROCESO EVALUADO (Según aplique cada criterio)	ASPECTOS A AUDITAR Tema o Pregunta	EVIDENCIA Hechos y datos asociados observados y suministrados	COMENTARIOS Observaciones del equipo auditor									
9	* RACIONALIDAD CIENTÍFICA. (De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, Art N° 3 y del Manual de Acreditación en Salud, versión 003, De los estándares 42, 46, 61)	* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	DEFINICIÓN CARACTERÍSTICA RACIONALIDAD CIENTÍFICA (Resol 1995, ART 3): Es la <u>aplicación</u> de CRITERIOS CIENTÍFICOS en el <u>diligenciamiento y registro</u> de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.											
10		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR N° 42: El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible. Literal 1: La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica.											
11		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio del ESTANDAR 46: La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la Historia Clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la: EFECTIVIDAD, la SEGURIDAD, la OPORTUNIDAD y la VALIDEZ de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. Literal 1: La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, para los casos de eventos adversos. Literal 2: Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.											
12		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	ESTANDAR 61: La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.											
PROMEDIO GLOBAL DEL CRITERIO														

   EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM RESPUESTAS: LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA.															
No.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
	Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
9															
10															
11															
12															

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante e Investigador Principal; 2015.

Anexo N° 11: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 13 a 16).

 EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA															
No.	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	AREA O PROCESO EVALUADO (Según aplique cada criterio)	ASPECTOS A AUDITAR Tema o Pregunta	EVIDENCIA Hechos y datos asociados observados y suministrados	COMENTARIOS Observaciones del equipo auditor										
13	DISPONIBILIDAD. (De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica Art N° 3 y del Manual de Acreditación en Salud, version 003, De los estándares 64, 148, 149)	* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia). * Archivo y estadística.	DEFINICIÓN CARACTERÍSTICA DISPONIBILIDAD (Resol 1995, ART 3): Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.												
14		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio del ESTANDAR 64: Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.												
15		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	ESTANDAR 148: La gestión de la información relacionada con los <u>registros clínicos</u> , sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye: Criterios: Literal 1: Orden. Legibilidad y concordancia clínico-patológica. Literal 2: Claridad y actualización de los registros clínicos. Literal 3: Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil <u>disponibilidad</u> cuando sean requeridos. Literal 4: Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos. Literal 5: Garantía de la custodia de los registros clínicos.												
16		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	ESTANDAR 149: Existe un plan de contingencia diseñado, implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.												
PROMEDIO GLOBAL DEL CRITERIO															

 EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM RESPUESTAS: LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA															
No.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
	Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
13															
14															
15															
16															

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante e Investigador Principal; 2015.

Anexo N° 12: Instrumento de evaluación N° 3: Lista de Chequeo para Auditoría (Preguntas 17 a 18).

   HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM <u>LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA.</u>															
No.	CRITERIO DE EVALUACIÓN.	AREA O PROCESO EVALUADO (Según aplique cada criterio)	ASPECTOS A AUDITAR Tema o Pregunta	EVIDENCIA Hechos y datos asociados observados y suministrados	COMENTARIOS Observaciones del equipo auditor										
17	OPORTUNIDAD. (De la Resol. 1995/99 - Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica Art N° 3 y del Manual de Acreditación en Salud, version 003, De los estandares 34,)	* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	DEFINICIÓN CARACTERÍSTICA OPORTUNIDAD (Resol 1995, ART 3): Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.												
18		* Asistencial (Y Subgerencia Científica). * Calidad, evaluación y control. * Auditoría Médica. * Dirección (Gerencia).	Criterio Del ESTANDAR N° 34: La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan. Literal 1: "La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica".												
PROMEDIO POR NIVEL DE ESCALA DEL CRITERIO															
PROMEDIO GLOBAL DEL CRITERIO															
   HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN LA IPS SM RESPUESTAS: <u>LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORÍA.</u>															
No.	ENFOQUE					DESPLIEGUE					RESULTADOS				
	Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo					Nivel de gestión - Cualitativo/Cuantitativo				
	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0	Superior 100-81	Alto 80-61	Medio 60-41	Bajo 40-21	Inferior 20-0
17															
18															

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante e Investigador Principal; 2015.

Anexo N° 13: Instrumento de evaluación N° 4: Informe de Auditoría.

INVESTIGACIÓN: "EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DEL VALLE DEL CAUCA - 2015".						HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
INSTRUMENTO N° 4: INFORME DE AUDITORÍA.						
Proceso-Área auditada						
Equipo auditor-Auditor Líder						
Responsable del Proceso-Área a Auditar						
Fecha del informe						
Objetivo de la Auditoría			Alcance de la Auditoría: Proceso-Área a Auditar			
Criterios o Bases de la Auditoría						
ASPECTOS INTERNOS.						
ASPECTOS EXTERNOS.						
FORTALEZAS.						
Hallazgos - No Conformidad (NC), Oportunidad de Mejoramiento (OM)						
Criterio-Bases de la Auditoría	Tipo Hallazgo	Descripción del Hallazgo				
Conclusión General del Proceso-Área auditada						
Equipo auditor-Auditor Líder			Responsable del Proceso-Área a Auditar			

Fuente: Profesor Luis Alberto Pérez Bonfante; 2015.

Anexo N° 14: Instructivo para el diligenciamiento del instrumento lista de chequeo de auditoría.

   HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
Instructivo N° 1.	
INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL INSTRUMENTO: “LISTA DE CHEQUEO DE AUDITORÍA”.	
Entrevistado(s): 7 funcionarios.	Gerente, Director Científico, Auditor Médico, Técnico de Archivo, Profesional Asistencial, Técnico Administrativo de Facturación, Profesional de Calidad.
Institución:	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.
Entrevistador (Estudiante):	Jennifer Gordon Botero
Información del estudiante:	E-mail: jennifergordonbotero@gmail.com
Programa Académico:	Maestría en Administración en Salud.
Universidad:	Universidad del Valle – Escuela de Salud Pública.
Docente:	Luis Alberto Pérez Bonfante.
Temas Indagados:	Gestión de la Historia Clínica en la IPS S.M. (Denominación de la entidad en el estudio).
DESCRIPCIÓN: El presente cuestionario denominado: “lista de chequeo de auditoría” tiene el propósito de indagar temas con relación a: la gestión de historias clínicas que realiza la entidad. RECOLECCION DE LA INFORMACION: La técnica utilizada para la recolección de información es a través de la aplicación de un cuestionario, que contiene 18 preguntas cerradas y el método de respuesta es emitiendo un puntaje entre 20 y 100 puntos. Las tres áreas de calidad evaluadas en cada criterio son: enfoque, despliegue y resultados. Por último se preguntará si existen evidencias en la entidad (como hechos, datos asociados, observados o registrados) de acuerdo al criterio calificado por usted. Las preguntas del cuestionario corresponden a criterios evaluativos de las características de la historia clínica de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 y a los criterios específicos de la historia clínica según el Manual Colombiano de Acreditación en Salud, ambulatorio y hospitalario de 2003. CONSIDERACIONES ETICAS: La información recolectada se utilizara bajo condiciones estrictas de reserva y solo será utilizada con fines académicos; en el marco del trabajo de investigación: “Evaluación del Proceso de Auditorías. Caso de estudio: Auditoría a Historias Clínicas en una IPS de tercer nivel del valle del cauca”; y se sujeta a las disposiciones legales según la Resolución N° 8430 de 1993; por la cual se reglamentan las “Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la investigación en salud”. INVESTIGACION SIN RIESGO - Resol. 8430/1993; Art. 11, Parágrafo (a): “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. GLOSARIO DE TERMINOS (Según la Resol. 1995/1999 y Manual Colombiano de Acreditación 2003): 1. ENFOQUE: Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia. El enfoque debe ser: • SISTEMICO: Es el ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos (o proceso) y el contenido del criterio o característica evaluada; que hace una visión de conjunto de la institución y contempla un ciclo PHVA. • PROACTIVO: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo. • EVALUADO Y MEJORADO: forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación. 2. DESPLIEGUE: Hace referencia a la divulgación y despliegue de los resultados del mejoramiento en los distintos servicios o procesos y es extensivo a los trabajadores y cliente externo de la institución. • Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización • Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar. 3. RESULTADOS: Dirigidos hacia que la organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad (PHVA).	

Fuente: Investigador Principal; 2015.

Anexo N° 15: Carta entrega del proyecto al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana y Experimentación Animal.

Santiago de Cali, 12 Junio de 2015 '

Profesora

Maria Florencia Velasco

Presidenta del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Programa Académico Maestría Administración en Salud

Facultad de Salud

Universidad del Valle

Cali

Asunto: Entrega anteproyecto "Evaluación del proceso de auditorías. Caso de estudio: Auditoría a historias clínicas en una IPS de tercer nivel de Complejidad. Valle del Cauca-2015"

Estimada Profesora Maria Florencia, cordial saludo

Con el fin de contribuir al desarrollo del trabajo de grado de la estudiante **Jennifer Ysleni Gordon Botero**, hago la entrega en medio físico y magnético del anteproyecto "Evaluación del proceso de auditorías. Caso de estudio: Auditoría a historias clínicas en una IPS de tercer nivel de Complejidad. Valle del Cauca-2015", para su respectiva evaluación.

Es menester destacar que el documento adjunto, corresponde a los esfuerzos continuos de la estudiante Gordon y la participación de la entidad de salud en la investigación, la cual tiene el interés de conocer los resultados para su análisis y mejoramiento.

Agradezco de manera muy especial la respuesta y quedo atento a la opinión para continuar el desarrollo normal del trabajo de grado.



Luis Alberto Pérez Bonfante

Profesor y Director del Trabajo de Grado

Email: luis.alberto.perez@correounivalle.edu.co

Teléfono: 300 620 60 12

Anexo: Trabajo de grado "Evaluación del proceso de auditorías. Caso de estudio: Auditoría a historias clínicas en una IPS de tercer nivel de Complejidad. Valle del Cauca-2015"



Anexo N° 16: Carta Asignación de director de Trabajo de Investigación.

FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Santiago de Cali, Junio 16 de 2015

0200.0210-158-2015

Doctor
LUIS ALBERTO PEREZ BONFANTE
Escuela de Salud Pública

Asunto: Asignación de director de Trabajo de Investigación

Atento saludo,

A nombre de la Escuela de Salud Pública, comedidamente solicito su colaboración como director del trabajo de Investigación **"EVALUACION DEL PROCESO DE AUDITORIAS"** de la estudiante **JENNIFER GORDON BOTERO** con código 200903789 de la Maestría en Administración en Salud.

Agradezco su valiosa colaboración.

Cordialmente,

LYDA OSORIO MD. PhD
Directora
Posgrado en Salud Pública

Anexo: Formato de asesoría.

Copia: Estudiante Jennifer Gordon Botero

Anexo N° 17: Consentimiento Informado (Pág. 1)



Anexo: Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE ENCUESTA A PERSONAS RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN “EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD; VALLE DEL CAUCA-2015”.

Código de identificación _____

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Jennifer Y. Gordon Botero.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Luis A. Pérez Bonfante.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Investigadores de la Universidad del Valle están realizando un estudio que permitirá evaluar el proceso de auditorías a las historias clínicas en una IPS de tercer nivel de complejidad, ubicada en el Valle del Cauca. Esta evaluación contribuye al fortalecimiento del proceso de mejoramiento de la gestión en la entidad.

A las personas que participen en este estudio se les pedirá que respondan cuestionarios relacionados con el objeto de la investigación “*la gestión de historias clínicas que se realiza en la entidad*”. Las preguntas del cuestionario corresponden a los criterios evaluativos de las características de la historia clínica según la Resolución 1995 de 1999 y a los criterios específicos de la historia clínica del Manual Colombiano de Acreditación en Salud, ambulatorio y hospitalario del año 2003 (*Los aspectos relacionados con el cuestionario se amplían con mayor profundidad en el Instructivo para el diligenciamiento del instrumento: “lista de chequeo de auditoría”*).

DESCRIPCIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: Usted fue seleccionado para participar en el estudio dada la pertinencia de su cargo, experiencia y conocimiento que se relacionan con el propósito de la investigación. Le agradecemos por la respuesta que usted brinde a los cuestionarios; estos aplicados por el investigador principal (estudiante). Esta información será usada para propósitos de esta investigación y no será utilizada para futuros estudios.

Nota: El número estimado de sujetos participantes en la investigación por parte de la entidad es siete (7), a saber: gerente, director científico, auditor médico, auxiliar de archivo, enfermera (o profesional asistencial), técnico administrativo de facturación. Todos mayores de edad.

DURACIÓN DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: El tiempo estimado para el diligenciamiento de los cuestionarios es de 30 minutos. La investigadora principal se presentará e identificará como estudiante de la Maestría de Administración en Salud de la Universidad del Valle, le hará entrega del cuestionario impreso además de un instructivo para facilitar el entendimiento del cuestionario.

RIESGO: Con la participación en este estudio no se genera ningún riesgo para su salud física o psicológica y no incluye preguntas que puedan ser consideradas como comprometedoras.

BENEFICIOS PARA LOS PARTICIPANTES: Usted no recibirá ningún beneficio directo de este estudio, sin embargo los resultados del estudio darán evidencia sobre la gestión de historias clínicas que se realiza en una IPS de tercer nivel de complejidad del Sur-Occidente del país. Estos resultados beneficiarán solamente a la Institución ya que se presentará un plan de mejoramiento específico para la historia clínica y este a su vez permitirá la mejora de otros procesos de la institución.

COSTOS DE SU PARTICIPACIÓN: Su participación en el estudio no tendrá ningún costo.

Anexo N° 18: Consentimiento Informado (Pág. 2)



CONFIDENCIALIDAD: La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos de estudio y no se compartirá con otras personas no involucradas en él. Su nombre no se utilizará en ningún reporte o publicación para ello se utilizarán códigos alfanuméricos que no permitan identificarlo como parte de la garantía de confidencialidad que brinda el estudio.

SUS DERECHOS EN EL ESTUDIO: Su participación en esta investigación es voluntaria, aún después de firmar este documento usted puede renunciar a su participación en el estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia para usted. Los datos recolectados hasta ese momento seguirán siendo parte del estudio. Una copia de este documento será conservado con los registros del estudio.

En caso de que tenga preguntas adicionales sobre el estudio usted puede contactar JENNIFER Y. GORDON BOTERO, en la Universidad del Valle en Cali (Tel. 301-7412682) y/o con el profesor LUIS ALBERTO PÉREZ BONFANTE (Tel. 300-6206012). Para preguntas sobre derecho o para reportar algún tipo de daño que usted crea se deba a su participación en el estudio, por favor contacte al Comité de Ética de la Universidad del Valle, Calle 4B No. 36 – 140, San Fernando, Cali Tel. 5185677 – 5185684, e-mail: eticasalud@correounivalle.edu.co

Con su firma usted certifica que ha leído el presente formato “consentimiento informado” y que le han sido resueltas todas sus preguntas para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nota: Se deberá solicitar nueva autorización al participante para utilizar la información y los datos recolectados en investigaciones futuras similares, previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES: Los participantes de esta investigación no tendrán responsabilidad alguna ni de tipo civil, ni jurídico, ni económico, ni académico; entre otras. Entonces la única responsabilidad del participante es el de ofrecer su declaración siguiendo los principios éticos de honestidad y veracidad de la información.

Lugar y fecha: _____

Nombre del participante:	Firma y Cédula:
Nombre del testigo:	Firma y Cédula: 
Luis A. Pérez Bonfante.	CC. 94.403.956 de Cali – Valle.
Nombre del testigo:	Firma y Cédula:
Nombre del investigador:	Firma y Cédula: 
Jennifer Y. Gordon Botero.	CC. 1.130.620.468 de Cali – Valle.

Anexo N° 9: Aval Comité Institucional de Revisión de Ética Humana. (Pág. 1).

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 010 - 015

Proyecto: **"EVALUACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORÍAS. CASO DE ESTUDIO: AUDITORÍA A HISTORIAS CLÍNICAS EN UNA IPS DE TERCER NIVEL DEL VALLE DEL CAUCA – 2015"**

Sometido por: **LUIS ALBERTO PEREZ BONFANTE / JENNIFER YSLENI GORDON BOTERO**

Código Interno: **097 - 015**

Fecha en que fue sometido: **22**

06

2015

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46. para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica** que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

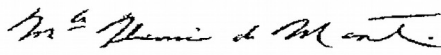
- Lesiones a sujetos humanos.

Anexo N° 0: Aval Comité Institucional de Revisión de Ética Humana. (Pág. 2).

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud

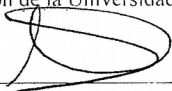


- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que No haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:  Fecha: 20 11 2015
Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO
Capacidad representativa: PRESIDENTA Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha: 20 11 2015
Nombre: HERNAN J. PIMIENTA
Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@correounivalle.edu.co