

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

**Implementar el Proceso de Auditoría Médica para la recuperación
de valores de las Prestaciones de Servicios de Salud en un
Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Red Privada
Complementaria, Periodo 2019**

Evelyn Paulina Balseca Lozada

Sebastián Oleas Msc.

Director de trabajo de titulación

**Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud**

Quito, 30 de noviembre de 2018

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE POSGRADOS**

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Implementar el Proceso de Auditoría Médica para la recuperación de valores de las Prestaciones de Servicios de Salud en un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Red Privada Complementaria, Periodo 2019

Evelyn Paulina Balseca Lozada

Firmas

Sebastián Oleas Msc.

Director del Trabajo de Titulación

Ramiro Echeverría, MD.DSP.

Director de la Especialización en Salud

Jaime Ocampo, MD.PhD.

Decano del Colegio de Ciencias de la
Salud

Hugo Burgos, Ph.D.,

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 30 de noviembre de 2018

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre:

EVELYN PAULINA BALSECA LOZADA

Código de estudiante:

00140966

C. I.:

1719412361

Lugar, Fecha

Quito, 30 de noviembre de 2018

DEDICATORIA

Una decisión es lo que cambia tu vida, las cuales se toman junto al apoyo de tu familia, quienes son la motivación para el crecimiento personal y profesional. El amor de mi esposo Alexander ha sido el estímulo más importante para continuar con mis ideales, aun cuando el tiempo es desgastante y te aleja de los que amas con el fin de cumplir un objetivo. Este proyecto se lo dedico a él, quien se encarga de recordarme mis sueños cuando los empiezo a olvidar, el que me anima cuando me siento derrotada y permanece a mi lado confiando que Dios nos dará la victoria.

Evelyn Balseca

AGRADECIMIENTOS

“Para lograr un objetivo es necesario soñar”, el primer día de clase Jaime Ocampo nos dio la bienvenida y entre sus palabras estuvo esta frase: *“Cuenten sus sueños”* dijo con su tono eufórico que lo caracteriza, cada maestro de la especialidad dejó en mí una semilla de motivación y admiración, todos son excelentes, a los cuales les agradezco por cada hora compartida en clase, porque cuando nos enseñaban no dejaban solamente las herramientas de una especialidad, sino la necesidad de crecimiento profesional, de igualarme a sus conocimientos y formar parte de ellos. Hoy estoy feliz por iniciar una nueva etapa de mi vida, un nuevo anhelo, no termino una especialidad, inicio una vida profesional llena de expectativas personales y con la ilusión de formar parte de la excelencia. Gracias Universidad San Francisco de Quito por este tiempo en tus aulas, por las risas compartidas con mis compañeros y los ideales cumplidos.

Evelyn Balseca

RESUMEN

El presente proyecto presenta la propuesta para la estructuración del proceso de Auditoría médica con el fin de asegurar una gestión clara y sencilla en relación la Facturación de las Cuentas Médicas, como producto de la venta de servicios médicos asistenciales y la entrega de prestaciones de salud a los subsistemas de la Red Pública Integral de Salud. Previo al inicio del proceso de evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas, se debe contar con la normativa legal vigente y documentación de consulta actualizada (reformas, resoluciones, protocolos, entre otras).

Gestión de Auditoría Médica es un proceso transversal, cuya gestión depende de un equipo multidisciplinario (apoyo legal, informático, administrativo y médico) que realizará el levantamiento, validación y control de los procedimientos con todas las unidades orgánicas en la Institución y cumplirá con la normativa legal vigente emitida por el Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria, además de prestar apoyo a los demás servicios de la institución de salud y formar parte del equipo encargado de recuperar las prestaciones de servicios de salud brindadas a los pacientes que acuden a recibir atención.

Este departamento tendrá la responsabilidad de Coordinar y dirigir los subprocesos para unificar criterios de trabajo con los servicios, tanto médicos como administrativos, además se encargará de reuniones, capacitaciones y unificación de criterios de trabajo con la Red Pública Integral de Salud (MSP, IESS, ISFA, ISPOL). Verificará cumplimiento de resultados propuestos por el proceso, emitirá informes con análisis de indicadores de gestión propuestos para la toma de decisiones de la Dirección Ejecutiva.

Palabras clave: Auditoría médica, calidad, aseguramiento de salud, gestión de procesos.

Abstract

This project presents the proposal for the structuring of the Medical Audit process in order to ensure a clear and simple management in relation to the Billing of Medical Accounts, as a result of the sale of medical care services and the delivery of health benefits to the subsystems of the Comprehensive Public Health Network. Prior to the start of the process of evaluating the medical relevance and settlement of accounts, you must have current legal regulations and updated consultation documentation (reforms, resolutions, protocols, among others).

Medical Audit Management is a transversal process, whose management depends on a multidisciplinary team (legal, computer, administrative and medical support) that will carry out the survey, validation and control of the procedures with all the organic units in the Institution and will comply with the regulations current law issued by the Ministry of Public Health as a health authority, in addition to providing support to the other services of the health institution and being part of the team responsible for recovering the health services provided to patients who come to receive care.

This department will have the responsibility of coordinating and directing the subprocesses to unify working criteria with the services, both medical and administrative, in addition will be in charge of meetings, training and unification of work criteria with the Public Health Integral Network (MSP, IESS, ISFA, and ISSPOL). Verify compliance with the results proposed by the process, issue reports with analysis of management indicators proposed for decision making of the Executive Directorate.

Key words: Medical audit, quality, health insurance, process management.

TABLA DE CONTENIDO

2	ANTECEDENTES	14
	2.1 HISTORIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA.....	16
	2.2 CAMPOS DE ACCIÓN DE LA AUDITORÍA MÉDICA	16
	2.3 HISTORIA CLÍNICA INSTRUMENTO DE AUDITORÍA.....	17
	2.3.1 Normas Para la Conservación de la Historia Clínica.....	17
3	LEGISLACIÓN VIGENTE.....	20
	3.1 LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR	20
	3.2 PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR	22
	3.2.1 Objetivo 3.	22
	3.3 LEY ORGÁNICA DE SALUD.....	23
	3.4 SISTEMA NACIONAL DE FINANZAS PÚBLICAS (SINFIP)	24
	3.5 EL TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 24	
	3.6 NORMA TÉCNICA SUSTITUTIVA DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA, Y SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO:	25
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
	4.1 NUDOS CRÍTICOS DE ORIGEN INTERNO	27
	4.1.1 Gestión Documental.....	27
	4.1.2 Pertinencia Médica.....	27
	4.1.3 Liquidación	28

4.2	VALORES DE LAS PRESTACIONES REALIZADAS POR LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.....	30
4.3	ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	37
5	OBJETIVO DEL PROYECTO.....	38
5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	38
5.1.1	Objetivos Operativos	38
6	MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	39
7	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
8	ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.....	41
8.1	GESTIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA.....	42
8.1.1	Auditoría de la Facturación de Servicios De Salud	42
8.1.2	Auditoría de Calidad en la Atención En Salud.....	43
8.2	SERVICIOS DE APOYO PARA AUDITORIA MÉDICA	44
8.3	LOGÍSTICA DEL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA	46
8.3.1	Planta Física:.....	46
8.3.2	Equipamiento	47
8.3.3	Personal	47
8.3.4	Procesos	47
9	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PRIMER TRIMESTRE 2019.....	48
10	CONCLUSIONES.....	49
11	RECOMENDACIONES	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 HISTORIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA	16
Gráfico 2. SOLICITADOS VS VALORES RECUPERADOS.....	32
Gráfico 3. ANÁLISIS DE VALORES SOLICITADOS vs NO RECUPERADOS POR AÑOS DE PRESTACIÓN	33
Gráfico 4. ANÁLISIS VALORES SOLICITADOS vs VALORES APROBADOS.....	36
Gráfico 5 DESARROLLO DE SUBPROCESOS.....	41
Gráfico 6 PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA EJECUCIÓN DE AUTORÍA MÉDICA	44
Gráfico 7 GESTIÓN DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	45
Gráfico 8. AUDITORÍA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. ANÁLISIS SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	26
Tabla 2 VALORES SOLICITADOS, APROBADOS Y OBJETADOS EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.....	31
Tabla 3. VALORES PRESENTADOS POR EL PRESTADOR DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.....	34
Tabla 4. MATRIZ DE INDICADORES	40

INTRODUCCIÓN

En referencia a la firma el Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de Las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministro de Salud Pública para integrar la Red Publica Integral de Salud (RPIS) emitida el año 2012 refiere en el objeto del convenio fue establecer mecanismos de articulación entre las instituciones públicas prestadoras de salud y las instituciones públicas aseguradoras de salud para integrar la Red Publica Integral de Salud (RPIS) y establecer las directrices a las que deben sujetarse los convenios específicos y/o cualquier instrumento jurídico que en adelante se suscriba entre los miembros de la red.

En las obligaciones establecidas dentro del convenio están:

- El Ministerio de Salud en Calidad de Autoridad Sanitaria, es el ente rector en materia de salud por lo que los acuerdos ministeriales que de este emanen serán aplicables, vinculantes, obligatorios y de inmediato cumplimiento para para los miembros de la Red Pública Integral de Salud.
- Los miembros de la Red Publica Integral de Salud (RPIS) se comprometen a obtener para todas sus unidades operativas prestadoras de salud el licenciamiento.
- Los miembros de la Red Publica Integral de Salud (RPIS) se obligan a aplicar el Tarifario Nacional de Salud expedido por la autoridad Sanitaria Nacional comprometiéndose por lo tanto a cubrir los costos de las prestaciones de servicios interinstitucional de conformidad con lo citado en el instrumento.

En el año 2015 con el propósito de garantizar la continuidad de la gratuidad de salud y el acceso de la población ecuatoriana a la atención médica adecuada y oportuna en los diferentes niveles se renovó el Convenio Marco entre los

subsistemas de Salud MSP, Red Publica Integral de Salud (RPIS) y Red Privada, cumpliendo así el compromiso de otorgar una atención médica de especialidad, complementaria, eficaz y de calidad a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Con la finalidad de dar cumplimiento a este convenio las instituciones de salud públicas y privadas que cumplieron con los requisitos de acreditación para las aseguradoras se articularon para la prestación y venta de servicios, sin embargo la recuperación de los valores invertidos por algunas instituciones prestadoras de salud ha presentado algunas debilidades como vacíos legales en la normativa vigente para la fecha en la que fue prestado el servicio, además del desconocimiento de las normativas y reformas por parte de los directores de las instituciones, capacitaciones deficientes para el personal involucrado, desmotivación de profesionales de salud, no cuentan con manejo de procesos y planificación, falta de profesiogramas, uso de medicamentos no autorizados por el MSP, entre otros, los cuales han colaborado al manejo ineficiente del proceso de recuperación de cartera.

CAPITULO I

2 ANTECEDENTES

La Constitución de la República del Ecuador en el artículo 360 determina la estructuración de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y dispone la necesidad de que existan, entre las unidades que la constituyen, vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. De igual manera, en su artículo 362 señala “La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias”, el mismo artículo determina “Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”.

Cumpliendo lo dispuesto en la Constitución y con la rectoría del Ministerio de Salud Pública, los delegados de la Red Publica Integral de Salud (RPIS) consideraron necesario unificar los criterios entorno a procedimientos y requisitos para la atención de sus usuarios en las unidades de salud de la red pública y de la red privada (complementaria) con la finalidad de garantizar un trámite administrativo ágil y eficiente que permite el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a los diferentes servicios, sin importar a que subsistema pertenezcan y sin pago de ningún tipo en el lugar donde reciben la atención de salud.

Con este antecedente se determinaron algunas definiciones para todos los subsistemas dentro de los cuales se establecieron los siguientes:

Los prestadores de servicios de salud que reciban usuarios/pacientes por derivación de la Red Publica Integral de Salud (RPIS), brindarán la atención sin requerir ningún pago, abono a cuenta, garantía o algún otro tipo de compromiso

económico como: cheque, letra de cambio, contrato, Boucher de tarjeta de crédito o equivalentes, ni siquiera como contribución voluntaria.

Igualmente, los prestadores de servicios de salud no podrán solicitar a los usuarios/pacientes de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), que realicen adquisiciones directas o por terceros, de medicamentos o dispositivos médicos, o el pago por algún servicio brindado. Esto incluye los diferentes componentes sanguíneos.

En todos los casos, los prestadores de salud deben garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para el diagnóstico y tratamiento integral de los usuarios/pacientes.

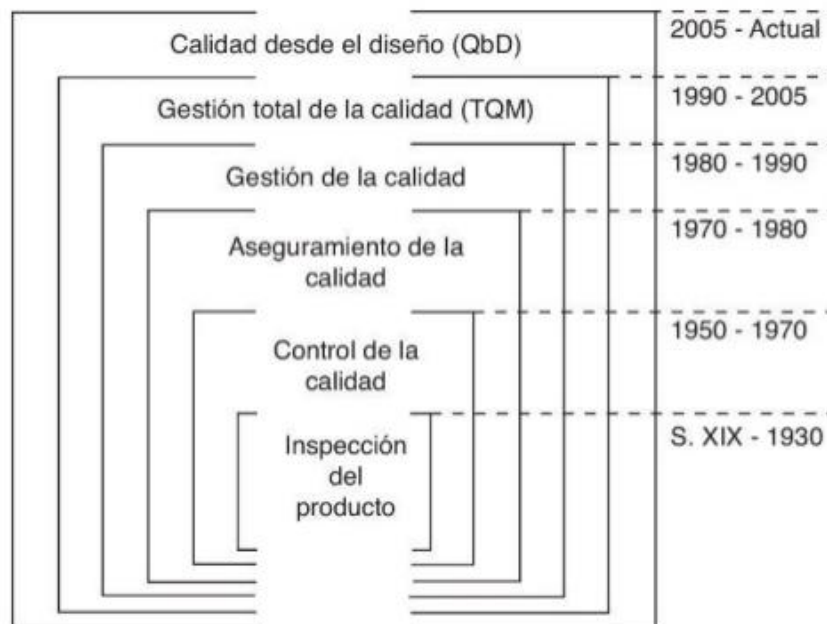
Se brindará atención preferente a las embarazadas que concurren a control prenatal, atención de parto o posparto, las personas adultas mayores, las niñas, los niños, adolescentes, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos que forman parte del grupo de atención prioritaria.

La Red Complementaria estará conformada por las clínicas privadas calificadas por el Ministerio de Salud Pública, IESS, ISSFA e ISSPOL, integrantes de la Red Pública Integral de Salud (RPIS); para brindar atención médica. Para acceder a esta prestación primero se utilizará los servicios de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), y únicamente al no encontrar recursos en esta, se procederá a derivar pacientes a la red privada complementaria.

2.1 HISTORIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA

La auditoría médica nació en los hospitales norteamericanos en 1918, iniciándose con un sistema de acreditación de hospitales por el Colegio de Cirujanos, colocando especial énfasis, en aquella época, en el perfeccionamiento de las historias clínicas. La técnica de auditoría médica comenzó a difundirse en Chile en el año 1952, mediante artículos y traducciones publicadas en revistas de la antigua Beneficencia y del Servicio Nacional de Salud.

Gráfico 1 HISTORIA DE LA AUDITORÍA MÉDICA



Elaborado: Auditoría Médica como herramienta de Control (2017)

2.2 CAMPOS DE ACCIÓN DE LA AUDITORÍA MÉDICA

La auditoría médica es considerada actualmente como una herramienta de gestión clínica, que puede abarcar diferentes aspectos del quehacer médico asistencial, administrativo y financiero-contable.

2.3 HISTORIA CLÍNICA INSTRUMENTO DE AUDITORÍA ES UN DOCUMENTO MÉDICO LEGAL QUE CONSIGNA LA EXPOSICIÓN DETALLADA Y ORDENADA DE TODOS LOS DATOS RELATIVOS A UN PACIENTE O USUARIO, INCLUYE LA INFORMACIÓN DEL INDIVIDUO Y SUS FAMILIARES, DE LOS ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL Y EVOLUCIÓN, ADEMÁS DE LOS PROCEDIMIENTOS Y DE LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS

2.3.1 NORMAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. La vida útil de la historia clínica será de 10 o 15 años, para el archivo activo 5 años y para el archivo pasivo 5 o 10 años.
2. Los archivos referidos a defunciones ocurridas en el establecimiento de salud, deberán conservarse por el periodo de 10 años a partir de la fecha de fallecimiento del paciente. Un año en el archivo activo y ubicará en el pasivo
3. Todas las historias clínicas reposaran en un solo lugar denominado Archivo Central de Historias Clínicas, clasificado en un archivo activo y pasivo, de manera ordenada y accesible, tomando en cuenta la última atención al paciente.
4. Las historias clínicas se utilizarán y saldrán del Archivo Central, únicamente para los siguientes casos: atención en consulta externa, hospitalización y emergencia.
5. Para trámites legales se entregará un resumen de la Historia Clínica, previa autorización escrita de la autoridad competente. Por ningún motivo, las historias clínicas saldrán de los servicios de atención ni de la unidad operativa a todo paciente que requiere atención de salud, el personal de Estadística procederá a la apertura la historia Clínica Única, en su primera visita a la unidad operativa, asignándole un número el mismo que se

mantendrá permanentemente. La información se registrará en una carpeta individual, claramente numerada y rotulada con los apellidos y nombres del paciente. En las unidades de salud de menor complejidad que no cuenten con personal de estadística la apertura y manejo de las historias lo realizará el personal disponible.

6. Se mantendrá el índice de pacientes para la identificación numérica de la historia clínica y datos de filiación del paciente de los archivos activo y pasivo, se mantendrá el índice de pacientes.
7. Todos los formularios y documentos adicionales de las atenciones realizadas por el personal de salud a un paciente se registrarán en conjunto y ordenarán cronológicamente, en forma permanente.
8. Toda información sobre las atenciones realizadas al paciente mediante la consulta de fomento y morbilidad, deben ser registradas por el profesional en la historia Clínica de manera clara, sin abreviaturas y con su respectiva firma.
9. Todos los resultados de los servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico se archivarán en la historia Clínica de cada paciente, utilizando los formularios correspondientes.
10. La información consignada en la historia clínica es propiedad del establecimiento de salud y la administración de la información es responsabilidad del departamento de Estadística y Registros Médicos, la cual deberá estar protegida de la observación de personas no autorizadas.
11. Todo el personal de salud y administrativo que tenga acceso a la información de la historia clínica, está obligado a guardar la confidencialidad de la información.
12. Para la atención de salud o consulta solicitada por el paciente mediante turno, el estadístico, o el personal responsable, sacará del archivo la historia clínica, clasificará de acuerdo al servicio y elaborará el registro de control correspondiente.
13. El personal de Estadística proporcionará las historias clínicas con todos los formularios, básicos, solicitadas por los diferentes servicios del

establecimiento para la atención tanto en consulta externa como en hospitalización y emergencia, dependiendo del nivel de complejidad de la unidad.

14. El personal de Estadística procederá a ordenar, verificar la integridad de la historia clínica como identificación de los formularios, firma de responsabilidad del profesional que brindó la atención antes de ser archivados.
15. Todos los formularios de la historia clínica que se incluyen posteriormente a su apertura deberán estar correctamente identificados y llenados por el personal profesional de acuerdo al servicio prestado tanto en consulta externa como en hospitalización.
16. Para estudios de investigación y docencia las historias clínicas serán revisadas dentro del área de Estadística.
17. El personal de Estadística entregará las historias clínicas al personal de enfermería (enfermeras o auxiliar de enfermería o personal disponible) quienes son los responsables de la recepción, manejo y devolución a Estadística luego de la consulta.
18. Inmediatamente de concluida la consulta, el personal descrito en el numeral 18 entregará las historias clínicas a Estadística previo el registro de entrega y recepción verificando la integridad de las mismas.
19. Las historias clínicas estarán a disposición para usuarios internos y externos, para investigación y docencia, para el efecto el área de estadística dispondrá de una mesa específica de trabajo y su respectivo reglamento de control.
20. Los establecimientos de Salud, dispondrán de un espacio físico adecuado y en condiciones que garanticen la conservación en forma óptima del archivo activo y pasivo.
21. Para garantizar la conservación, el archivo contendrá características adecuadas que permita la ventilación, iluminación, limpieza y el tránsito suficiente para la circulación del personal responsable de la conservación y custodia cumpliendo las normas de bioseguridad.

CAPITULO II

3 LEGISLACIÓN VIGENTE

Las prestaciones de salud y la recuperación económica están garantizadas por leyes que rigen nuestro país, como se detalla a continuación:

3.1 LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

Art.32.- "...La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."

Art.154.- "A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde: 1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión..."

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la Información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución. - Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
- Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
- Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

3.2 PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR

3.2.1 OBJETIVO 3.

Mejorar la Calidad de vida de la población, Política 3.1 Política 3.2

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.1.a Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.

3.1.e Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.1.h Definir la institucionalidad y la estructura orgánica necesaria para la operación de los sistemas de calidad de servicios sociales.

3.1.i Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.3 LEY ORGÁNICA DE SALUD

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 180.- La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento. Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación. Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

Art. 181.- La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley.

Art. 201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio.

3.4 SISTEMA NACIONAL DE FINANZAS PÚBLICAS (SINFIP)

Art. 70.- El SINFIP comprende el conjunto de normas, políticas, instrumentos, procesos, actividades, registros y operaciones que las entidades y organismos del Sector Público, deben realizar con el objeto de gestionar en forma programada los ingresos, gastos y financiamiento públicos, con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo y a las políticas públicas establecidas en esta Ley. Todas las entidades, instituciones y organismos comprendidos en los artículos 225, 297 y 315 de la Constitución de la República se sujetarán al SINFIP, en los términos previstos en este código, sin perjuicio de la facultad de gestión autónoma de orden administrativo, económico, financiero, presupuestario y organizativo que la Constitución o las leyes establecen para determinadas entidades.

Art. 113.- Contenido y finalidad. - Fase del ciclo presupuestario que comprende el conjunto de acciones destinadas a la utilización óptima del talento humano, y los recursos materiales y financieros asignados en el presupuesto con el propósito de obtener los bienes, servicios y obras en la cantidad, calidad y oportunidad previstos en el mismo.

3.5 EL TARIFARIO DE PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las privadas en el marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud; los valores expresados en el presente documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y

financiadores. El tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos que permite establecer el monto de pago máximo por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud. La aplicación del tarifario contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención y del gasto.

3.6 NORMA TÉCNICA SUSTITUTIVA DE RELACIONAMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE INSTITUCIONES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD Y DE LA RED PRIVADA COMPLEMENTARIA, Y SU RECONOCIMIENTO ECONÓMICO:

Art. 1.- Objeto. -Normar los procedimientos administrativos del relacionamiento interinstitucional por derivación de usuarios/pacientes, que garanticen el acceso universal, oportuno y equitativo a las prestaciones de salud en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria.

Art. 2.- Ámbito.- Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los financiadores/aseguradores y prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria, el Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito -SPPAT- y compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y de seguros que oferten cobertura y de seguros de asistencia médica en su relacionamiento con las instituciones de la Red Pública Integral de Salud y sus usuarios

CAPITULO III

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Red Privada Complementaria está conformada por instituciones de diferentes niveles de atención, las cuales brindan atención integral a los pacientes que acuden a estos prestadores por lo que un Hospital de Tercer nivel que el 90% de sus pacientes son derivados de la RPIS es fundamental que los valores invertidos sean recuperados, por lo que al no contar con un departamento de Auditoria Médica, el cual se encargue de la validación de los documentos habilitantes, análisis de pertinencia médica y elaboración del planillaje ha generado el aumento del porcentaje de objeciones de la documentación enviada a los subsistemas y atrasos en los tiempos de entrega de los trámites para auditoria médica de la RPIS, por lo tanto se desarrolla a continuación un análisis situacional de los problemas más representativos de la institución para la generación de un plan de acción.

Tabla 1. ANÁLISIS SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

<i>ORIGEN INTERNO</i>	
<i>POSITIVOS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura establecida - Recurso Humano suficiente - TICs - Equipamiento - Procesos Estructurados de determinados servicios. - Representantes legales
<i>ORIGEN EXTERNO</i>	
<i>POSITIVOS</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dialogo Subsistemas de salud MSP, IESS, ISSPOL, FFAA. - Recursos Humanos estructurados. - Personal capacitado en Normativa. - Personal operativo de Auditoria Medica estables. - Normas y Protocolos establecidos.

4.1 NUDOS CRÍTICOS DE ORIGEN INTERNO

4.1.1 Gestión Documental

- Interpretación inadecuada de códigos de validación emitidos por los miembros de la RPIS para la cobertura del tratamiento.
- Desorganización en documentos y archivos propios del proceso, documentos extraviados que dificultan realizar un análisis económico real de las prestaciones brindadas a los subsistemas y medicina privada.
- Información incompleta de los valores enviados, aprobados, objetados, justificados o indicadores de gestión que permitan evaluar la situación real de la institución.
- Desconocimiento y desorganización en las funciones del personal a cargo del manejo de documentos.
- Duplicidad de funciones entre servicios de documentos y estadística.
- Dificultad de acceso a la información del sistema médico informático.
- Retraso en la entrega de expedientes para un subsistema.

4.1.2 Pertinencia Médica

- Análisis técnico médico realizado por personal con perfil administrativo (bachilleres) para el envío de justificaciones a los diferentes miembros de los subsistemas de la Red Publica Integral de salud.
- Profesionales médicos de la institución desconocen el manejo de medicamentos no autorizados por la Autoridad Sanitaria.
- Enfermería no detalla en el Kardex las actividades realizadas en los días del alta del paciente.
- Evoluciones médicas incompletas en el Sistema Médico Informático y procedimientos médicos sin registros que respalden honorarios, insumos y medicamentos utilizados.
- Falta de reporte de protocolos anestésicos y reporte de hoja de anestesia.

- Facturación de derecho de uso de sala para procedimientos y derecho de uso de equipos para procedimientos sin registros de descargos.
- Procedimientos médicos realizados fuera de lo establecido en el Tarifario Nacional de Prestaciones de Salud, sin códigos homologados.
- Generación de pedidos de apoyo diagnóstico sin la consulta médica justificativa.
- Notas de evolución, consultas, formularios, protocolos con firmas de médicos residentes y posgradistas.
- Inadecuado registro de insumos y medicamentos en el sistema informático y físico que respalde el uso.
- Los radiofármacos y medios de contraste se facturan sin ningún respaldo en informe de dosis administra o tipo de contraste utilizado.
- Se facturan medicamentos sin registro de prescripción médica y/o administración por parte de personal de enfermería u hoja de recepción de medicamentos firmada por paciente o familiar.
- Servicio de emergencia ingresado en el sistema médico informático como hospital del día.

4.1.3 Liquidación

- Desarticulación entre el proceso de facturación y el de planillaje.
- Desconocimiento de Uso de Tarifario Nacional.
- Uso de tarifas menores a lo establecido en la normativa del Ministerio de Salud Pública para el nivel de atención.
- Facturan en la fecha del alta del paciente lo usado en diferentes días de hospitalización.
- Facturación inadecuada de honorarios médicos.
- Insumos y medicamentos utilizados no son facturados para la recuperación del valor.
- Inadecuada facturación en procedimientos complementarios a lo solicitado en el código de cobertura.

- Códigos de Tarifario Nacional de algunos procedimientos diagnósticos no están registrados en el sistema de facturación.
- Facturación a aseguradoras privadas a valores menores a lo establecido en el Tarifario Nacional de Prestaciones de Salud para tercer nivel de atención.
- Sistema informático limitado para el desglose de ítems facturados por servicio como Consulta Externa, Hospitalización, Quirúrgicas, Hospital del Día (Quimioterapia, Radioterapia), Rehabilitación, Emergencia, Servicios de Apoyo diagnóstico (Imagen, Laboratorio, Genética, Patología clínica, entre otros).
- Falta de generación del Estado de Cuenta por servicios de la atención brindada al paciente como uso de: medicamentos, insumos, honorarios, interconsultas, evoluciones, exámenes, procedimientos, cirugías, uso de habitación, sino que lo detallan en una factura.

4.2 VALORES DE LAS PRESTACIONES REALIZADAS POR LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS

Las prestaciones de salud brindadas a los Asegurados de los diferentes subsistemas se solicitaron los pagos en los diferentes periodos como lo señala las siguientes tablas:

Tabla 2 VALORES SOLICITADOS, APROBADOS Y OBJETADOS EN EL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

	UNIDAD	AÑO DE PRESTACION	VALOR SOLICITADO	VALOR APROBADO	VALORES NO RECUPERADOS		VALORES OBJETADOS	VALORES NO AUDITADOS	SALDO
					VALOR OBJETADO TOTAL	VALOR PENDIENTE POR JUSTIFICAR (AUDITOR III)			
AUDITORIA I	HOSPITAL III NIVEL	2011	10.393.196,63	10.378.100,42	-			15.096,21	15.096,21
	HOSPITAL III NIVEL	2012	13.494.527,35	12.416.998,53	-	26.907,11		1.050.621,71	1.077.528,82
	HOSPITAL III NIVEL	2013	12.680.057,80	299.521,83	3.901,56		7.633.561,65	4.743.072,76	12.376.634,41
AUDITORIA II	HOSPITAL III NIVEL	2014	16.741.640,40	16.574.915,22	139.146,77			27.578,41	27.578,41
	HOSPITAL III NIVEL	2015	20.309.989,56	18.225.200,72	1.838.987,00			245.801,84	245.801,84
AUDITORIA III	HOSPITAL III NIVEL	2016	21.384.219,49	9.938.503,76	83.907,39	4.892.560,98		6.469.247,36	11.361.808,35
	HOSPITAL III NIVEL	2017	19.415.225,67	2.028.528,01	647,96	449.414,96		16.936.634,74	17.386.049,70
	HOSPITAL III NIVEL	ENERO*MAYO 2018	8.980.918,84	392.253,51	-	188.274,78		8.400.390,55	8.588.665,33
TOTAL			123.399.775,75	70.254.022,00	2.066.590,68	5.557.157,83	7.633.561,65	37.888.443,59	51.079.163,07

Base de Datos Contable Hospital III Nivel (Elaborado: Dra. Evelyn Balseca)

La tabla N. 2, representa los valores enviados desde el año 2011 a Mayo 2018 del Hospital de Tercer Nivel de atención por la prestaciones de salud brindadas a los asegurados del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, lo cual suma un valor de \$123.99.775,75, cuya valor aprobado de pago representa el 56.9% (\$70254.022) del valor solicitado, el valor glosa corresponde al 1.6% (\$2.066.599,68) y el valor objetado es del 41.4% (\$51.079.163,07).

Gráfico 2. SOLICITADOS VS VALORES RECUPERADOS



Base de Datos Contable Hospital III Nivel (Elaborado: Dra. Evelyn Balseca)

El grafico N. 2 analiza los valores recuperados frente a los enviados, en los años 2014, 2015 se los valores recuperados estuvieron en relación a los solicitados, es decir que el Hospital recibió ingresos económicos de las prestaciones de salud enviadas casi en su totalidad. Los años 2016, 2017, 2018, los valores recuperados no son evidenciables debido a que en el subsistema IESS aún no se realizan las auditorias respectivas de cada prestación.

Gráfico 3. ANÁLISIS DE VALORES SOLICITADOS vs NO RECUPERADOS POR AÑOS DE PRESTACIÓN



Base de Datos Contable Hospital III Nivel (Elaborado: Dra. Evelyn Balseca)

El gráfico N. 3 representa los valores no recuperados por año, en el 2013, los valores solicitados no fueron recuperados casi en el 99%, lo mismo se aprecia en los años 2016, 2017, 2018 donde las auditorías por el subsistema están retrasadas.

Tabla 3. VALORES PRESENTADOS POR EL PRESTADOR DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

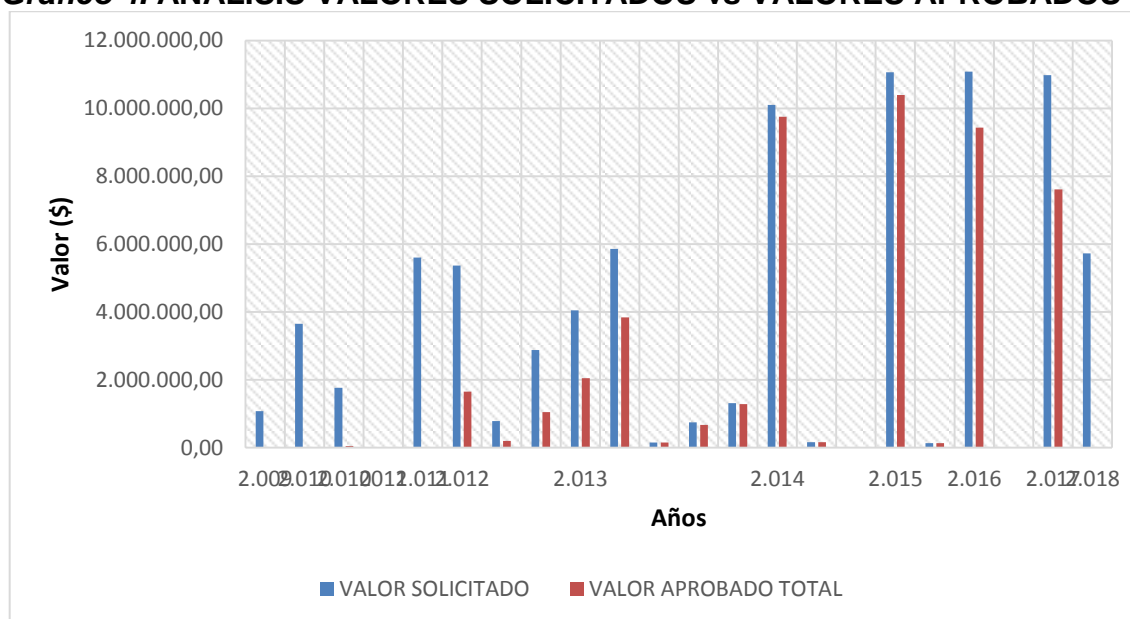
AÑO	VALOR SOLICITADO	VALOR APROBADO TOTAL	VALOR OBJETADO	VALOR GLOSA	PNTE AUDITORIA	SALDO
2.009	1.079.250,45	-	-	-	1.079.250,45	1.079.250,45
2.010	-	-	-	-	-	-
2.010	3.654.720,05	-	-	-	3.654.720,05	3.654.720,05
2.010	1.764.179,30	45.930,74	1.718.248,56	39.237,62	-	1.679.010,94
2.011	5.603.351,95	16.345,26	5.587.006,69	-	-	5.587.006,69
	5.366.990,03	1.650.448,79	3.716.541,24	3.716.541,24	-	0,00
2.012	788.685,97	204.310,08	584.375,89	584.375,88	-	450,55
	2.875.069,16	1.046.894,05	1.828.175,11	1.828.175,12	-	535.675,54
	4.046.453,77	2.051.136,93	1.995.316,84	1.995.316,84	-	660.383,90
	5.858.877,94	3.843.250,49	2.015.627,45	1.898.876,53	-	2.166.892,15
2.013	151.558,00	150.876,00	682,00	682,00	-	7.859,50
	751.982,21	670.625,75	81.356,46	81.356,46	-	670.625,75
	1.311.856,30	1.283.956,79	27.899,51	27.899,51	-	104.585,21
	10.104.149,28	9.755.829,17	348.320,11	348.320,11	-	2.190.696,44
2.014	165.984,50	165.203,50	550,00	550,00	231,00	165.434,50
	6.918,97	6.718,01	200,96	200,96	-	6.718,01
2.015	11.062.459,48	10.397.357,97	665.101,51	665.101,51	-	4.059.304,14

						-		
	130.613,34	130.602,34	11,00		11,00	-		97.791,32
2.016	11.082.257,24	9.430.465,45		575.589,37	575.589,37		1.076.202,42	2.652.563,63
	12.066,12	12.066,12	-			-		5.624,08
2.017	10.983.138,14	7.615.163,37		95.914,82	95.914,82		3.272.059,95	4.655.602,03
2.018	5.727.433,05	-	-				5.727.433,05	5.727.433,05
TOTAL	82.527.995,25	48.477.180,81		19.240.917,51	11.858.148,97		14.809.896,92	35.707.627,93

Base de Datos Contable Hospital III Nivel (Elaborado: Dra. Evelyn Balseca)

En el periodo 2009 al 2018 los valores solicitados suman \$82.527.995,25; el porcentaje aprobado hasta la fecha corresponde al 58.7% (\$48.477.180,81), de los cuales el MSP descontó 1.712.724,79 por anticipos entregados a esta institución de tercer nivel de atención, la glosa total representa el 23.3% (\$19.240.917,51), y el valor pendiente de auditoría y justificaciones es del 43.2% (\$35.707.627,93).

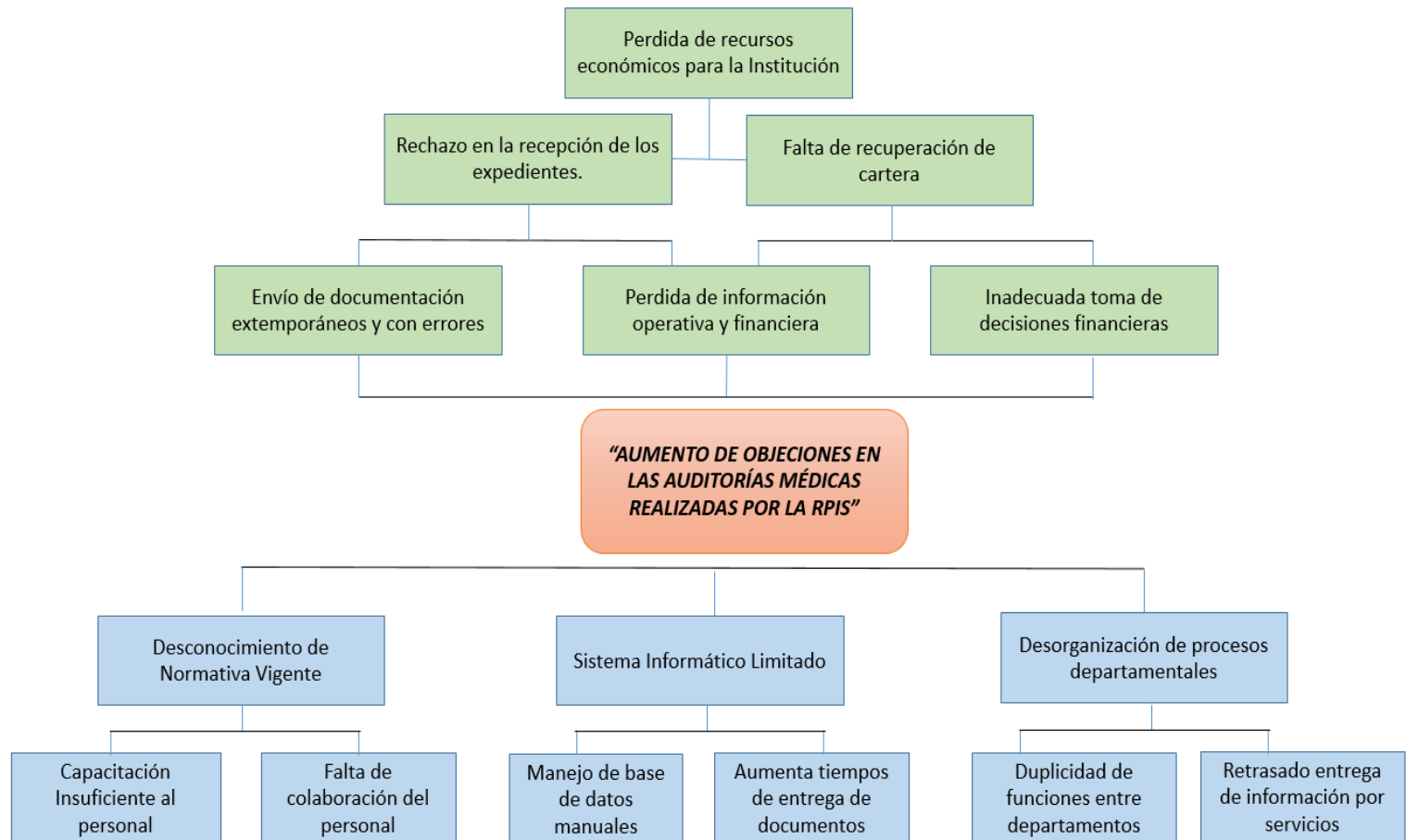
Gráfico 4. ANÁLISIS VALORES SOLICITADOS vs VALORES APROBADOS



Base de Datos Contable Hospital III Nivel (Elaborado: Dra. Evelyn Balseca)

En el Ministerio de Salud Pública, la recuperación de valores por las prestaciones brindadas es más representativa en los años 2014, 2015, 2016, sin embargo, desde el periodo 2009-2012 los valores de las prestaciones fueron glosadas en su totalidad a causa de documentación enviada habilitante de pago incompleta.

4.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS



CAPITULO IV

5 OBJETIVO DEL PROYECTO

Disminuir el porcentaje de objeciones de las auditorías médicas realizadas por los subsistemas de salud de la RPIS al 30% en 6 meses en un Prestador Externo de Tercer Nivel de Atención miembro de La Red Privada Complementaria.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Estructurar y normar el Proceso Interno de Auditoría Médica en un Prestador Externo de Tercer Nivel de Atención Miembro de La Red Privada Complementaria en relación a la recuperación de prestaciones de Servicios de Salud brindadas a los subsistemas que forman parte de la Red Publica Integral de Salud (RPIS), Periodo 2019.

5.1.1 Objetivos Operativos

- Normar el procedimiento para la recepción y revisión de los documentos habilitantes y de sustento del proceso de auditoría de la facturación de las cuentas médicas.
- Establecer los criterios administrativos y herramientas que validen la evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas.

CAPITULO V

6 MATRIZ DE MARCO LÓGICO

IMPLEMENTAR EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLÓN ESPINOZA AYALA, SOLCA NÚCLEO QUITO PARA LA RECUPERACIÓN DE VALORES DE LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD.				
CODIFICACIÓN	RESUMEN DE OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTE	SUPUESTOS
FIN				
	Mejorar la Estabilidad Financiera del Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala	Porcentaje de recuperación de cartera mensual.	Base de datos financieros	Cambio de Autoridades
PROPÓSITO				
1.	Disminuir el porcentaje de objeciones en el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala, de las auditorías médicas realizadas por los subsistemas de salud de la RPIS al 30% en 6 meses	Porcentaje de Expedientes enviados para apelaciones con la justificación por Subsistema por meses y años	Informes de Liquidaciones de la Red Pública Integral de Salud	Cambio de Normativa vigente
COMPONENTES				
1.1	Estructurar y normar el proceso interno de Auditoría Médica en el Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala, Núcleo SOLCA- QUITO, año 2019, en relación a la recuperación de prestaciones de Servicios de Salud brindadas a los subsistemas que forman parte de la Red Publica Integral de Salud (RPIS).	Porcentaje del personal capacitado en normativa por procesos/ Porcentaje de servicios con procesos estructurados	Actas de Capacitacion/Flujogramas de atención por servicios	Cambios de Protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública
ACTIVIDADES				
1.1.1	Normar el procedimiento para la recepción y revisión de los documentos habilitantes y de sustento del proceso de auditoría de la facturación de las cuentas médicas.	Porcentaje mensuales de errores en la entrega de expedientes	Informes de Gestion Documental por miembros de la RPIS	Cambio en los Sistemas de recepción informático
1.1.2	Establecer los criterios administrativos y herramientas que validen la evaluación de la pertinencia médica y liquidación de cuentas.	Número de capacitaciones realizadas/número de capacitaciones planificadas.	Actas de Reunión del personal	Personal operativo nuevo

CAPITULO VI

7 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Tabla 4. MATRIZ DE INDICADORES

N°	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidad de Medida	Responsable de Medición	Fuente de la Medición	Frecuencia de Medición
1	Capacitaciones realizadas	Número de capacitaciones realizados / Proyección de capacitaciones programadas* 100 = % de Cumplimiento	Actas de Capacitación	Auditor Médico	Base de Datos de registro de control departamental o Gestión de RED.	Trimestral
2	Reuniones de trabajo realizadas	Número de reuniones de trabajo realizados / total de reuniones proyectadas * 100 = % de Cumplimiento	Actas de Reunión de Trabajo	Auditor Médico	Base de Datos de registro de control departamental o Gestión de RED.	Trimestral
3	Valores aprobados por subsistema	Valor aprobado / Valor solicitado * 100 = % de Efectividad	Base de Datos de Contabilidad	Contabilidad y Facturación	Base de Datos de registro Contable y Facturación	Semestral
4	Valores Objetados por subsistema	Valor aprobado / valor solicitado* 100 = % de Efectividad	Informe de Liquidación	Facturación	Base de Datos de registro Contable	Semestral

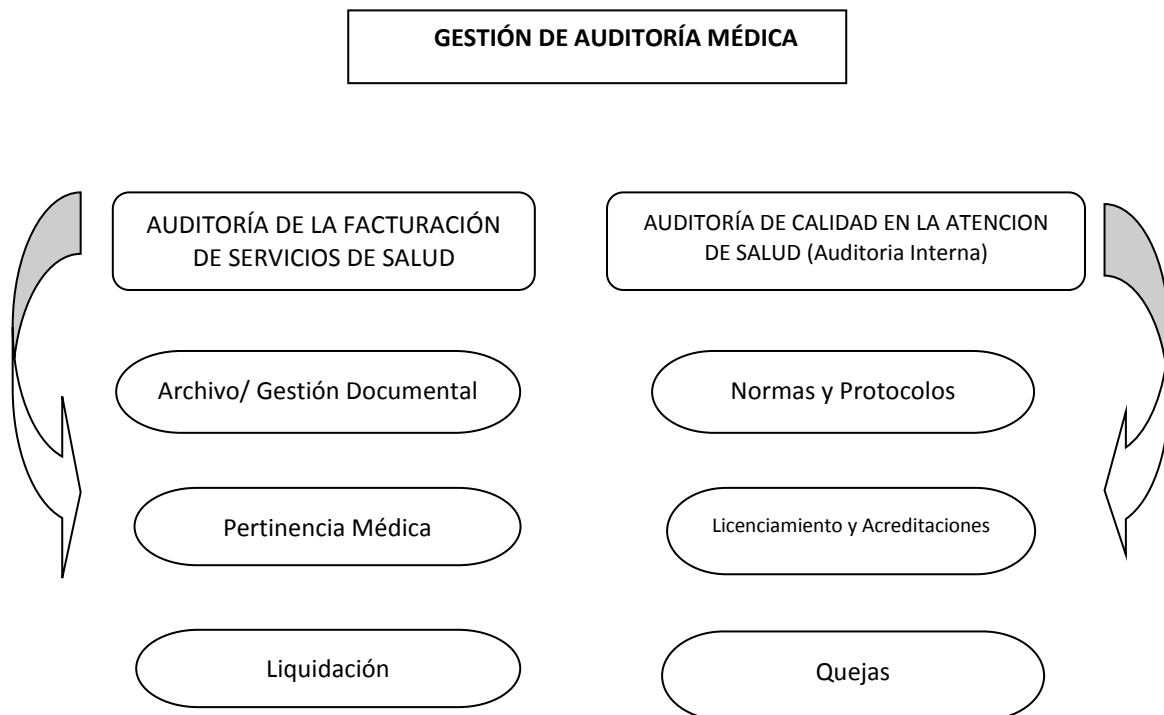
Elaborado: Dra. Evelyn Balseca (2018)

CAPITULO VII

8 ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

Teniendo como antecedente la estructura funcional, GESTIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA, forma parte del proceso general, teniendo la necesidad de formar el equipo con un grupo multidisciplinario en el que consta: apoyo legal, informático, administrativo y médico. Además, la ubicación del proceso en el organigrama estructural es de ubicación central ya que recibe información de todos los servicios que forman parte del Hospital:

Gráfico 5 DESARROLLO DE SUBPROCESOS



Elaborado: Dra. Evelyn Balseca (2018)

8.1 GESTIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

Este proceso será el responsable de Coordinar y dirigir los subprocesos para unificar criterios de trabajo con los demás servicios, tanto médicos como administrativos, además se encargará de reuniones, capacitaciones y unificación de criterios de trabajo con la Red Publica Integral de Salud (MSP, IESS, ISFA, ISPOL). Verificará cumplimiento de resultados propuestos por el proceso, emitirá informe con análisis de producción y estadísticos en base al requerimiento dispuesto por Dirección Ejecutiva.

8.1.1 Auditoría de la Facturación de Servicios de Salud

Es un subproceso comprendido por personal, administrativo, médico y financiero, que se encargan, de acuerdo a la normativa legal vigente en ordenar y ejecutar el proceso de pertinencia médica para plantillar y enviar a los subsistemas luego de la respectiva valoración.

8.1.1.1 *Gestión Documental:*

Estará conformado por 2 administrativos que organizaran la documentación de acuerdo a la normativa vigente para el expediente.

8.1.1.2 *Pertinencia Médica:*

Estará conformado por médicos evaluadores con conocimiento operativo de la especialidad quienes serán los responsables de verificar, protocolos, firmas, medicamentos, recetas, facturas, informes técnicos de acuerdo al expediente; serán el segundo filtro en cuanto a lo que ha realizado gestión documental.

8.1.1.3 Liquidadores:

Son personas con perfil financiero que se encargan de verificar el uso adecuado de valores de acuerdo al tarifario nacional vigente para el expediente y las reformas, además de ser el tercer filtro con respecto a gestión documental.

Terminado este proceso, los documentos verificados y comprobados de acuerdo a la normativa, serán enviados por cronograma a los subsistemas de la RPIS para el respectivo reconocimiento de prestaciones de salud brindadas por el Hospital de Tercer Nivel.

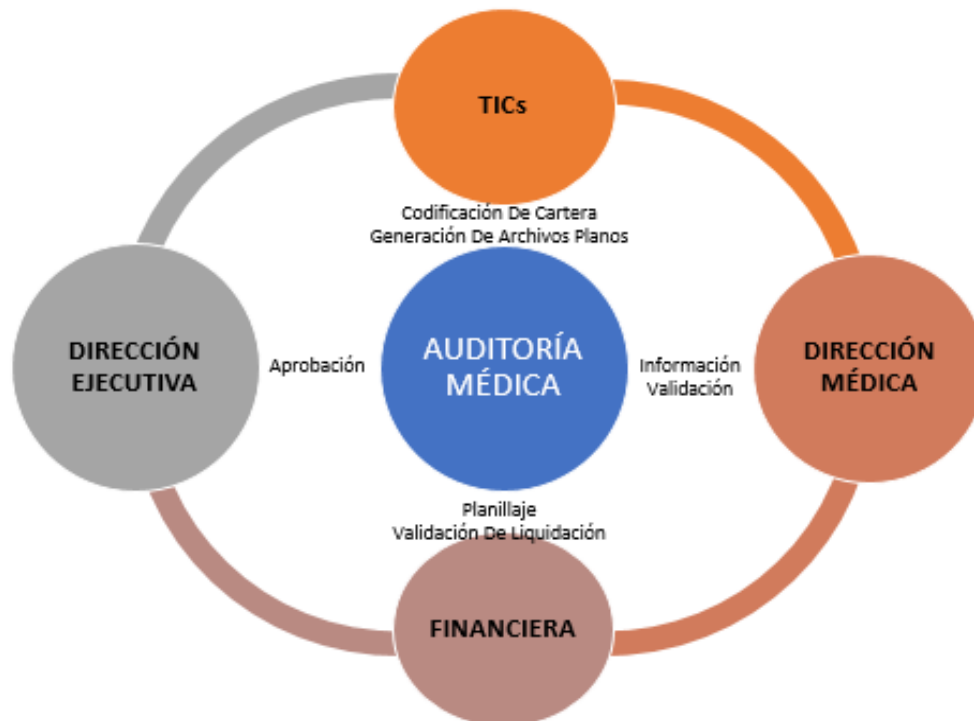
8.1.2 Auditoría de Calidad en la Atención en Salud

Este subproceso en el organigrama estructural del Hospital de Tercer Nivel se lo conoce como auditoría interna, es un subproceso encargado de verificar la calidad de atención en los servicios de la institución, con lo cual es el responsable de:

- a. Verificar cumplimiento de normativa, protocolos, codificaciones de tarifario en el sistema informático de las historias clínicas realizadas por personal operativo;
- b. Ejecutar en la institución Normas ISO, junto al proceso de Gestión de Riesgos de la Institución, se encarga de los licenciamientos y acreditaciones nacionales e internacionales, bajo los estándares de calidad.
- c. Seguimiento y contestación de quejas emitidas por los usuarios a la institución con el fin de aumentar la satisfacción al usuario.

8.2 SERVICIOS DE APOYO PARA AUDITORIA MÉDICA

Gráfico 6 PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA EJECUCIÓN DE AUTORÍA MÉDICA



Elaborado: Dra. Evelyn Balseca (2018)

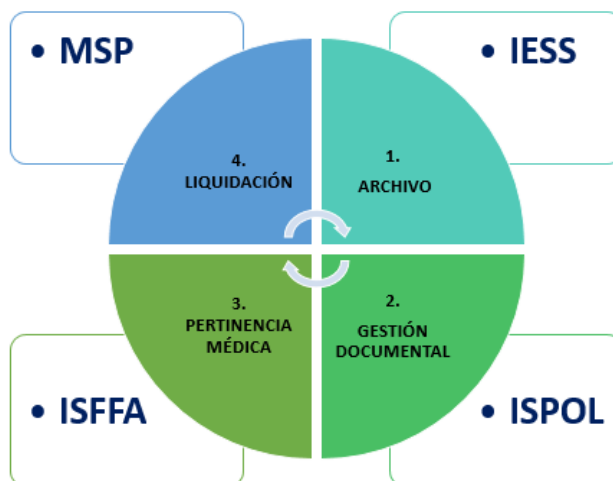
Gestión de Auditoria Medica al ser un proceso multidisciplinario este compuesto por información de los servicios, como:

1. Tecnología Informática y Comunicaciones, la cual estará encargada de la Codificación de Cartera de servicios en el Sistema Informático de la Historia clínica para el uso adecuado de códigos de Tarifario en el área médica y operativa; además es el encargado de proveer el archivo plano para emitir a Gestión de Auditoria Medica y Liquidación.
2. Dirección Médica, es el apoyo en el área operativa para normar protocolos a nivel interno del Hospital Oncológico Solón Espinoza junto con Auditoria de Calidad en los Servicios de salud, y socializar información a las áreas operativas, además de Validar los informes

generados por el Proceso de Pertinencia Médica y el resto de subprocesos.

3. Financiero, es un proceso de apoyo en cuanto a Planillaje y validación de liquidación del subproceso de Auditoria Medica. Además de informar los valores emitidos por los subsistemas de salud RPIS.
4. Dirección Ejecutiva, es el responsable de los procesos quien verificará el cumplimiento de las operaciones realizadas, además de ser quien autorice los informes y requerimientos que se emitirán a los subsistemas de la Red Publica Integral de Salud y Medicina Prepagada.

Gráfico 7 GESTIÓN DE FACTURACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Elaborado: Dra. Evelyn Balseca (2018)

El proceso de facturación del Hospital está vinculado a los cuatro subsistemas de salud, por lo que la base de datos que maneje el departamento deberá estar representada por una persona por subsistema, esto garantizará que la información sea confiable y designará funciones y responsabilidades a cada persona.

Gráfico 8. AUDITORÍA DE CALIDAD EN ATENCIÓN DE SALUD



Elaborado: Dra. Evelyn Balseca (2018)

Gestión de Auditoría Médica es un proceso central en la Institución que velará por cumplir con la normativa legal vigente emitida por el Ministerio de Salud Pública, además de prestar apoyo a los demás servicios de la Institución y formar parte del equipo encargado a recuperar las prestaciones de servicios de salud brindadas a los pacientes que acuden a recibir atención en el Hospital de Tercer Nivel de atención

8.3 LOGÍSTICA DEL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA

8.3.1 Planta Física:

- Ubicación del Proceso en el Hospital
- Accesos-evacuación
- Instalaciones: (Sanitaria, Ventilación, Iluminación, Mobiliario)

8.3.2 Equipamiento

- Recursos administrativos (Materiales de Oficina)
- Recursos Informáticos (TICs)
- Sistema de comunicación telefónica interna y externa (comunicación con personal operativo y RPIS)
- Equipamiento Tecnológico general: (wifi, fotocopidora, scanner)

8.3.3 Personal

- Número total aprobado para el proceso
- Horario de trabajo
- Capacitación en servicio

8.3.4 Procesos

- Normas y protocolos
- Capacitación
- Evaluación de procesos

CAPITULO VIII

9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PRIMER TRIMESTRE 2019

EVENTO	RESPONSABLE	MES/SEMANAS												ACTIVIDADES	
		E1	E2	E3	E4	F1	F2	F3	F4	M1	M2	M3	M4		
SUBPROCESO CONTROL DOCUMENTAL															
Análisis del Proceso	Auditor Medico														Análisis operacional del Subproceso en cada área o servicio del Hospital III Nivel
Estructuración de cronograma y acciones de mejora	Auditor Médico														1. Elaboración de Cronograma. 2. Determinación de requerimientos
Capacitación Personal.	Auditor Médico														1. Solicitar a personal asistir a capacitación. 2. Generar mejoras en proceso de existir. 3. Receptar requerimientos de procesos de enlace.
SUBPROCESO DE CONTROL TÉCNICO MÉDICO															
Auditor Médico	Auditor Médico														Análisis operacional del Subproceso en cada área o servicio del HQ1
Capacitación Personal.	Auditor Médico														Solicitar a personal asistir a capacitación. Generar mejoras en proceso de existir. Receptar requerimientos de procesos de enlace.
SUBPROCESO DE CONTROL DE TARIFAS Y LIQUIDACIÓN															
Estructurar Requerimientos.	Financiero														Definir liderazgo de Subproceso. Buscar personal con perfil requerido para implementación de Subproceso.
Realizar análisis de personal e integrar a Subproceso.	Procesos Talento Humano														Determinar perfiles. Determinar pertinencia.
Capacitación Personal.	Financiero														Solicitar a personal asistir a capacitación. Generar mejoras en proceso de existir. Receptar requerimientos de procesos de enlace.

Elaborado: Dra. Evelyn Balseca (2018)

10. CONCLUSIONES

Todas las instituciones que forman parte del Red Publica Integral de Salud (RPIS) y Red Privada complementaria están en la obligación de dar cumplimiento con la normativa vigente emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional, Ministerio de Salud Pública y apearse al cumplimiento de las mismas, con la finalidad de disminuir las dificultades generadas en las instituciones de salud para la recuperación de cartera y Mejorar sus estados financieros.

El desconocimiento de la normativa vigente en las autoridades de este hospital ha genera pérdidas económicas importantes que han afectado al proceso de atención del usuario, a la desmotivación del personal que labora en la institución, una adecuada priorización de recursos.

En referencia al análisis económico del subproceso de liquidación y planillaje es imposible determinar las perdidas reales de valores, ya que se desconoce el número real de expedientes realizados por año de atención, además por el inadecuado manejo en la base de datos contables, estadísticas y manejo de expedientes médico de este hospital de tercer nivel. Este proyecto está enfocado a la incorporación y estructuración urgente en el proceso de Auditoría Médica para la recuperación de cartera y el fortalecimiento de los procesos administrativos hospitalarios.

11. RECOMENDACIONES

El perfeccionamiento en el manejo de los procesos hospitalarios tanto administrativos como operativos esta articulado a la recuperación de valores de las prestaciones de salud, este hospital de Tercer nivel, por lo que se recomienda iniciar urgente con la estructuración de nuevos procesos en la institución, trabajar en forma paralela al levantamiento y estructuración de equipos de trabajo con funciones determinadas y en relación a perfiles profesionales de talento humano además de establecer plazos para la ejecución de cada actividades en cada proceso administrativo y operativo del hospital de Tercer Nivel de Atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Osorio, G. (2002). Auditoria médica: Herramienta de Gestión moderna subvalorada. Santiago. Chile. ISSN 0034-9887

Lexchin, J. (2018). La Recuperación de Costos de Salud en Canadá y la Seguridad de Los Medicamentos: un Análisis de Series de Casos. Canadá. CMAJ.

Robyn J. (2016). Examining Barriers as Risk Factors for Relapse: A focus on the Canadian Treatment and Recovery System of Care. Publicado: www.canadianjournalofaddiction.org

Torres FG. (2017). Desarrollo e implementación de un modelo de auditoria medica basado en garantía de calidad y supervisión participativa en Ecuador. Rev Bras Med Fam Comunidade. Publicado en: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1417](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1417).

Mareque, M. (2018). Costes Sociales de las Enfermedades ¿Cuán relevantes son para las Evaluaciones Económicas? Madrid. Rev Esp Salud Pública.2018;92:22 de agosto e201808051.

Vergel, J. (2007). Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá. ISBN: 978-958-98220-7-4

Constitución de la República del Ecuador (2008).

Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa. (2015). Convenio Marco Interinstitucional entre el Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Instituto Ecuatoriano de

Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública para integrar la Red Pública Integral de Salud.

Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa. (2012). Instructivo 001-2012.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Norma Técnica Sustitutiva de Relacionamiento para las Prestaciones de Servicios de Salud entre Instituciones de la Red Pública Integral de Salud y La Red Privada Complementaria, y su Reconocimiento Económico.

