

88/202

10  
29



**UNIVERSIDAD ANAHUAC**  
VINCE IN BONO MALUM

**ESCUELA DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION**  
**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U. N. A. M.**

**LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA, COMO INSTRUMENTO  
DE CONTROL DE LA ATENCION MEDICA, EN LOS HOSPITALES  
DE TERCER NIVEL, DE MEXICO**

**SEMINARIO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ADMINISTRACION  
P R E S E N T A  
GUADALUPE GARCIA VICTORICA**

MEXICO

TESIS CON  
FALLA LE ORIGEN

1986



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

TEMA	I
SUBTEMA	II
PROLOGO	III
INTRODUCCION	IV

Página

### CAPITULO I PLANEACION DE LA INVESTIGACION

1.1. Objetivos de la Investigación.....	1
1.1.1. Objetivo General.....	1
1.1.2. Objetivo Especifico.....	1
1.2. Planteo del Problema.....	2
1.3. Diseño de la Hipótesis.....	2
1.3.1. Hipótesis General.....	2
1.3.2. Hipótesis Especifica.....	3
1.4. Diseño de la Prueba.....	3
1.4.1. Investigación Documental.....	4
1.4.2. Investigación de Campo.....	4
1.4.2.1. Cálculo del Universo.....	5
1.4.2.2. Cálculo de la Muestra.....	7

### CAPITULO II SALUD EN LA COMUNIDAD

2.1. Asistencia Social.....	8
2.1.1. Datos Históricos sobre los Hospitales.....	9
2.2. Generalidades de los Hospitales.....	12

2.3. Otro Tipo de Entidades Dedicadas a la Atención Médica.....	19
2.4. El Control Administrativo en los Hospitales.....	22
2.5. Preparación Técnica de los Administradores de Hospitales.....	25

**CAPITULO III**  
**AUDITORIA ADMINISTRATIVA**

3.1. Planteamiento General de Auditoría.....	28
3.2. Clasificación de Auditoría.....	28
3.3. Concepto de Auditoría Administrativa.....	34
3.4. Programa de Auditoría Administrativa.....	39

**CAPITULO IV**  
**AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA**

4.1. Historia y Evolución de la Auditoría Médico-Administrativa en el extranjero.....	46
4.1.1. Antecedentes de la Auditoría Médico-Administrativa en México.....	56
4.2. Concepto de Auditoría Médico-Administrativa.....	60
4.3. Objetivos de la Auditoría Médico-Administrativa.....	65
4.3.1. Criterios Acerca de Calidad.....	66
4.3.2. Objetivo General y Objetivos Específicos de la Auditoría Médico-Administrativa.....	69
4.4. Comité de Auditoría Médico-Administrativa y sus Funciones.....	70
4.5. Las Unidades Médicas y sus Funciones.....	71
4.6. Diagrama de Flujo y Descripción de los Pasos del Procedimiento de la Auditoría Médico-Administrativa.....	76
4.7. Generalidades del Procedimiento de Auditoría Médico-Administrativa.....	83
4.7.1. Recopilación de Datos.....	84

4.7.2. Organización de Datos.....	100
4.7.3. Verificación, Análisis e Interpretación de Datos.....	100
4.7.4. Elaboración del Diagnóstico y Sugerencias.....	102
4.7.5. Presentación del Informe.....	102
4.6. Problemas de la Auditoría.....	102

CAPITULO V  
CASO PRACTICO

5.1. Criterio Utilizado para la Selección de las Areas o Servicio por Auditar.....	105
5.2. Análisis de Datos Recopilados en la Auditoría Médico-Administrativa del Servicio "X".....	106
5.3. Evaluación del Expediente Clínico del Servicio "X".....	109
5.4. Impresión de la Visita al Servicio "X".....	111
5.5. Diagnóstico y Sugerencias del Servicio "X".....	112
5.6. Análisis de Datos Recopilados en la Auditoría Médico-Administrativa del Servicio "Y".....	114
5.7. Evaluación del Expediente Clínico del Servicio "Y".....	116
5.8. Impresión de la Visita al Servicio "Y".....	117
5.9. Diagnóstico y Sugerencias del Servicio "Y".....	118
5.10. Diagnóstico Integral del Instituto Auditado.....	118

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

TEMA:  
AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA

**S U B T E M A :**

**LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA, COMO  
INSTRUMENTO DE CONTROL DE LA ATENCION ME  
DICA, EN LOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL,  
DE MEXICO.**

## PROLOGO



## PROLOGO

La decisión para elegir el tema del siguiente trabajo de investigación, fué tomada por el conocimiento y análisis de los diferentes problemas de los sectores sociales y económicos del país, con base en el papel preponderante que juega la salud en el desarrollo de México y dadas las múltiples dificultades con que se enfrentan las personas encargadas de otorgar estos servicios, debe enfocarse esta investigación a los apoyos que ofrece la Auditoría Administrativa, la cual está ligada estrechamente con la Auditoría Médica, llegando al conocimiento y análisis de una de las fórmulas para mantener conciencia vigilante del acontecer médico-administrativo diario y sus efectos.

La importancia y trascendencia de esta tarea, reconocida en su utilidad y vinculación operativa al resto del proceso de control; se apoya en la búsqueda de estrategias y metodologías que permitan ejercerla. La Auditoría Médico-Administrativa no implica tan solo cortes en el tiempo, sino un esfuerzo permanente y sistemático que retroalimenta todas sus etapas.

Cuando un grupo de personas se reúne, lo hace para alcanzar un objetivo común, y el que ese objetivo se logre más rápido y con el menor gasto, dependerá de lo adecuado de la administración, la cual rige las empresas y agrupaciones humanas organizadas.

Las instituciones hospitalarias gubernamentales son organizaciones con objetivos varios, pero básicamente susceptibles de ser administrados. Hasta hoy se ha desconocido la importancia de los mismos dentro del área de la administración debido a que como regla general operan con pérdidas. Surge, pues, la necesidad de aplicar los conceptos del Método Científico aplicado a la administración de los hospitales para detectar, prevenir y/o corregir anomalías y poder tomar cursos de acción.

La utilidad de esta tesis permite enfatizar sobre los conceptos de la Administración Científica, aplicables a cualquier tipo de hospital para que el logro de cada objetivo sea óptimo, social y económicamente.

Este trabajo de a conocer a las personas interesadas en el tema, la importancia de la Auditoría Médico-Administrativa, y los elementos que la conforman; y así despertar interés sobre los problemas que afectan a nuestra sociedad y crear inquietudes para solucionarlos.

## I N T R O D U C C I O N

## I N T R O D U C C I O N

El objetivo de esta tesis es comprobar la hipótesis de que el Licenciado en Administración es uno de los indicados para aplicar en el medio hospitalario la técnica de control de Auditoría Médico-Administrativa, en coordinación y con apoyo de los grupos médicos y paramédicos de los hospitales.

Dada la importancia social, política y económica que la salud de la comunidad representa para el Estado, es necesario, para las autoridades estar informados de la calidad y oportunidad de la atención médica que se imparte, así como revisar y actualizar la vigencia de los planes en materia de salud, para poder evaluar con índices confiables y sobre bases firmes los resultados obtenidos.

Los planes en primera instancia se deben dirigir a las acciones de medicina preventiva, siguiendo en la lista con la revisión de la planificación más adecuada de los servicios médicos, y cuáles son los mejores procedimientos de atención médica que permitan brindar los más altos niveles de eficacia, efectividad y eficiencia para la recuperación y conservación integral de la salud.

En cuanto a la atención médica, es necesario investigar y documentar los procedimientos de trabajo que permitan conocer la calidad de atención que se imparte, así como determinar los diversos niveles de rendimiento de los mismos y una vez definidos y seleccionados los mejores, difundirlos como normas para ser implantadas por las autoridades médicas correspondientes.

Dicha auditoría resulta difícil por conjuntarse en estas acciones factores muy complejos, entre ellos, el conocer cómo se practican y ofrecen los recursos médicos y por otra parte la interrelación con los aspectos administrativos. Ambos interesados en estudiar los problemas en busca de soluciones satisfactorias en grupos integrados por administradores y médicos.

Con objeto de lograr una demostración clara de la hipótesis que se supone, se ha dividido la presente tesis en cinco partes:

- Exponer la planeación y la subsecuente investigación, poniendo en claro objetivos, problemas e hipótesis a demostrar. También señalar como se obtendrá la información documental y cómo se llevará a cabo la investigación de campo.

- En el segundo capítulo se realizó un estudio sobre la salud en la comunidad, su importancia y evolución a través del tiempo, para ubicarse dentro del medio en que se desarrollará el procedimiento.

- Continuando en el conocimiento de los aspectos más importantes sobre; el marco teórico de la auditoría, su clasificación, los conceptos sobre Auditoría Administrativa y el programa de Auditoría Administrativa.

- Se procede a describir en forma específica lo referente a la Auditoría Médico-Administrativa, la implementación del procedimiento y los instrumentos que permitan dar a conocer la calidad de la atención médica que se proporciona a los pacientes.

- Finalizando con los estudios y resultados de la investigación de campo realizados en un hospital dentro del área metropolitana de México, que fué utilizado como muestra, comprobando la hipótesis planteada.

Este trabajo no pretende elaborar un nuevo sistema, sino concretar los aspectos más relevantes y exponer puntos de vista personales. Asimismo que la recolección de esta información facilite la comprensión de los estudiosos del tema, para ser utilizados como referencias bibliográficas e investigaciones, de los aspectos que comprenden administrativamente una Auditoría Médico-Administrativa.

**CAPITULO I**

**PLANEACION DE LA INVESTIGACION**

CAPITULO I  
PLANEACION DE LA INVESTIGACION

1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Justificación:

En la realización de toda investigación, los objetivos juegan un papel preponderante, ya que tienen la propiedad de estimular la acción. Cuando estos son conocidos y han sido definidos claramente, ayudarán a identificar lo que debe ejecutarse y así reducen al mínimo las omisiones y las falsas interpretaciones:

La falta de objetivos o el no haberlos definido claramente, hace que la labor administrativa no se lleve a cabo de una manera eficiente.

1.1.1. OBJETIVO GENERAL

Lograr que la Auditoría Médico-Administrativa funcione de acuerdo a un programa de trabajo interdisciplinario.

El resultado que se espera obtener a corto, mediano y largo plazo, es la formulación de normas y procedimientos que sean lo más adecuados posible, para lograr la óptima atención médica a la mayor población del país.

1.1.2. OBJETIVO ESPECIFICO

Establecer el procedimiento de la Auditoría Médico-Administrativa - con apoyo administrativo para optimizar la atención médica.

## 1.2. PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Es la Auditoría Médico-Administrativa la herramienta adecuada para detectar desviaciones y sugerir medidas correctivas en las unidades de atención médica? ¿Nos servirá como instrumento de investigación y análisis para que las autoridades correspondientes tomen decisiones enfocadas a optimizar la calidad, oportunidad y costo de la atención médica que se imparte? ¿Si estuviese manejada por un equipo integrado de médicos y administradores los resultados obtenidos serían de reducción en tiempo y esfuerzo?

## 1.3. DISEÑO DE LA HIPOTESIS

Justificación:

La hipótesis es una proposición enunciativa que pretende responder tentativamente a las preguntas previamente formuladas al plantear el problema.

Para efecto de la presente investigación, se plantearon las siguientes hipótesis, mismas que serán aprobadas o invalidadas de acuerdo con los resultados - obtenidos en la investigación de campo, manteniéndose dentro del marco de referencia que los objetivos anteriormente expuestos establecen. Ellas conducen a la adecuada formulación de conclusiones y recomendaciones, ya que constituyen un elemento sólido en el presente estudio.

### 1.3.1. HIPOTESIS GENERAL

Si, la implantación de la Auditoría Médico-Administrativa, cumple con los objetivos y políticas de la Dirección de Servicios Médicos, convirtiéndose en la herramienta adecuada que le permite detectar desviaciones y sugerir medidas correctivas siendo un instrumento de investigación y análisis, proporciona la información necesaria para determinar



la cobertura y profundizar acerca de la calidad, oportunidad y costo de la atención que se ofrece.

Dismunuyendo la incertidumbre al tomar las decisiones correctivas - pertinentes al estar integrada por un equipo interdisciplinario así como, en la optimización de tiempo y esfuerzo.

#### 1.3.2. HIPOTESIS ESPECIFICA

Pretende asentar que, cuando la Auditoría Médico-Administrativa es manejada por un grupo integrado por médicos y administradores, los logros que se obtienen reflejan una reducción de tiempo y aplicación, por medio de la proposición de modelos administrativos ya existentes.

#### 1.4. DISEÑO DE LA PRUEBA

Para llevar a cabo una investigación es necesario estructurar una metodología que permita alcanzar los objetivos de la misma previamente definidos.

En el presente estudio se aplicó la metodología propuesta por el Centro de Investigación de la Universidad Anáhuac, que utilizará los siguientes pasos comprendidos en ésta:

- 1.- Investigación Documental
- 2.- Investigación de Campo
  - a) Determinación de Universo y Muestra
  - b) Elaboración de un caso práctico
  - c) Conclusiones
  - d) Recomendaciones

#### 1.4.1: INVESTIGACION DOCUMENTAL

Para la obtención de información documental se acudió a diversas bibliotecas generales o especializadas en el ramo, mismas que las empresas a estudiar pudieron facilitar, asimismo, se consultarán las publicaciones de las diferentes Instituciones públicas del país.

Se acudió a las siguientes bibliotecas universitarias:

Universidad Anáhuac

Universidad la Salle

Universidad Ibero Americana

Instituto Tecnológico de Monterrey

Facultad de Contaduría y Administración, UNAM

Bibliotecas públicas:

Genadio Robles

Biblioteca Nacional

Escuela de Salud Pública de México

Así como diferentes textos de acervo personal, y de los libros que se obtuvieron, se hizo una exhaustiva investigación y análisis.

#### 1.4.2. INVESTIGACION DE CAMPO

Debido a que el objetivo de la presente investigación es "establecer el procedimiento de Auditoría Médico-Administrativa con bases administrativas para lograr optimizar la calidad, cantidad y oportunidad de la atención médica", sería prácticamente imposible contar únicamente con estudios teóricos.

La investigación de campo se hace indispensable, para formarse un criterio, buscar deficiencias en el sistema, y hacer recomendaciones según sea necesario.

En realidad no existiría manera alguna de verificación sin dicha investigación, ni siquiera se podría llegar a conclusiones con niveles aceptables de confiabilidad.

#### 1.4.2.1. CALCULO DEL UNIVERSO

Se toma como universo el Sistema Nacional de Salud integrado por diversas instituciones paraestatales, a saber:

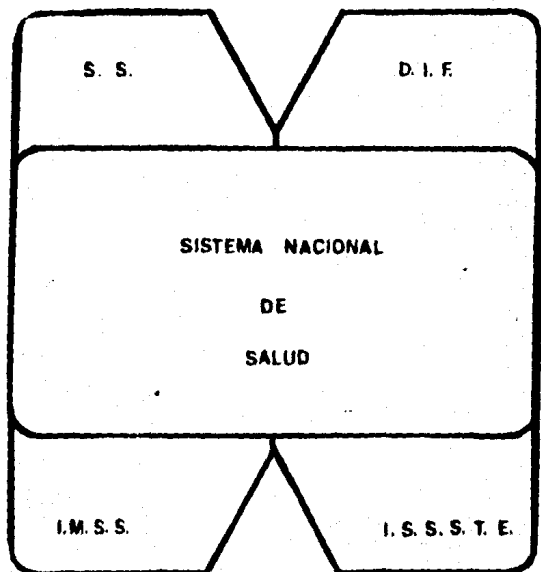
- Secretaría de Salud (S.S.)
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.)

Estas instituciones están destinadas a cubrir los aspectos de prevención, curación, rehabilitación y seguridad social de nuestro país, coordinados por el sector salud de la Secretaría de Salud.

(ver gráfica pág. 6)

Se dirige la atención a la Secretaría de Salud, por pertenecer a ésta el Subsector de los Institutos Nacionales de Salud conformado por:

Hospital Infantil de México, "Dr. Federico Gómez".  
Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubiran".  
Instituto Nacional de Cardiología.  
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.  
Instituto Nacional de Neurología y Neuropsiquiatría.  
Instituto Mexicano de Psiquiatría.  
Instituto Nacional de Cancerología.  
Instituto Nacional de Pediatría.  
Instituto Nacional de Perinatología.



#### 1.4.2.2. CALCULO DE LA MUESTRA

El muestreo se utiliza con el objeto de simplificar el estudio de un universo, así se selecciona un pequeño grupo, cuyos elementos posean las características representativas; -- sin embargo, el muestreo posee cierto grado de error, ya que sólo representa una parte del universo.

El muestreo realizado tiene la validez y la confiabilidad requeridas para llevar a cabo la investigación de campo.

Se descartaron las técnicas de selección de la muestra representativa utilizadas en Estadísticas por las características particulares del giro del organismo auditado.

La confiabilidad de la muestra elegida es apoyada por estadísticas e indicadores hospitalarios correspondientes al período evaluado así como las condiciones propias de cada caso examinado.

Para mayor conocimiento de la aplicación de la Auditoría Médico-Administrativa se expondrá un quinto capítulo, donde se podrá observar el desarrollo detallado de la Auditoría Médico-Administrativa en dos servicios médicos de un hospital ubicado en el área metropolitana, que por razones obvias no se identifica. Comprobando la utilidad del procedimiento por medio de los resultados obtenidos y acciones correctivas sugeridas.

**CAPITULO II**

**SALUD EN LA COMUNIDAD**

CAPITULO II  
SALUD EN LA COMUNIDAD

2.1. ASISTENCIA SOCIAL

Se originó en tiempos primitivos, pues, la necesidad de los individuos para auxiliarse unos a otros se conoce desde que el hombre existe. Cuando dos - hombres ayudaron a un tercero a remover una gran piedra que les impedía el acceso hacia la seguridad, manifestaron su interés innato por el prójimo.

Desde los pastores y cazadores hasta la actualidad los individuos están conscientes de compartir una forma de vida, de poseer algunos intereses comunes. El bienestar social, es la preocupación constante para mejorar la forma de vivir de los integrantes de un grupo.

En una simple sociedad que encuentra su base en parentescos, donde sus integrantes están estrechamente unidos; los enfermos, los débiles y los ancianos comparten en proporción los bienes comunes y son tomados como una carga propia de la sociedad, así todas las sociedades asumen cierta responsabilidad para indigentes y desafortunados.

La idea de que los mejor dotados tienen el deber de auxiliar a los menos favorecidos, ha sido parte de la ética básica en todas las comunidades.

Un programa completo de asistencia social abarca hoy en día un amplio campo de servicios; entre ellos figuran los siguientes:

-El Seguro Social o Prevención Social.- Que brinda a sus asegurados y beneficiarios, servicios médicos, sociales, pensiones, etc. Obteniéndose los fondos a base de contribuciones y/o cuotas cubiertas por el trabajador, -

patrón y gobierno.

-La Asistencia Pública.- Consiste en proporcionar auxilio socio-económico a personas necesitadas, hecha por el municipio, por el estado o por el gobierno nacional.

-Los Servicios de Asistencia Infantil.- Tiene como meta, el crecimiento saludable de los niños, previniendo o corrigiendo la problemática de la familia o de la comunidad.

-Asistencia Médica.- Conjunto de servicios de medicina preventiva, curativa y rehabilitación, cuyo objetivo es el establecimiento del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, completo y restaurador, y cuyas observaciones subsiguientes contribuyen a la enseñanza e investigación.

Colaborando así en las acciones de:

Protección de la Salud: Control o erradicación de enfermedades transmisibles y de otra naturaleza.- Inmunizaciones y otras medidas afines.- Descubrimiento de casos desconocidos de enfermedades. Fomento de la Salud: Higiene materno-infantil.- Educación higiénica.- Nutrición.- Higiene mental.- Higiene del trabajo.- Promoción de la salud de los ancianos. Servicios Médicos a Enfermos: Cuidados ambulatorios.- Cuidados domiciliarios.- Cuidados en instituciones. Servicios de Rehabilitación: Física.- Psicológica.- Social.- Adiestramiento vocacional.

#### 2.1.1. DATOS HISTORICOS SOBRE LOS HOSPITALES

El primer pueblo en el cual aparece consignada la asistencia social, con carácter oficial es el hebreo, considerando a la tierra como un préstamo de Dios, por lo que, los campesinos dejaban parte de sus --



campos para que fuese cultivada y aprovechada por los pobres. En Atenas se estableció la asistencia a los mutilados de guerra y a los inválidos de cualquier clase. Naciendo las sociedades mutualistas para ayuda de sus miembros en casos de enfermedad, vejez o incapacidad.

En los primeros tiempos de los cristianos se instituyó el diaconado, bajo la vigilancia de los obispos, para administrar los fondos de ayuda, también se crearon juntas de auxilio en cada parroquia ayudando con dinero, alimentos o ropa. A partir de Constantino (S.IV) adquirió la iglesia carácter oficial y pudo organizar servicios de asistencia, fundándose las hermandades hospitalarias, la primera de las cuales fue la establecida por Soror (S.IX), después se creó el orden de los Antonianos para cuidar enfermos; la de los Sacerdotes de la Peste, que eran, religiosos médicos que acudían a lugares donde habían epidemias.

En España, hubo hospitales desde tiempos de los visigodos; en 1526 Carlos V y su madre Juana la Loca establecieron los primeros hospitales de leprosos. En las postrimerias del siglo XVIII, había en la península 2,662 hospitales.

En Francia el sistema se perfeccionó por disposiciones dictadas por Napoleón I. En 1893 se estableció la asistencia médica gratuita para personas sin medios económicos, y en 1903 se promulgó la Ley de enfermos, ancianos e inválidos.

En 1948, la asamblea general de la ONU, al votar la declaración universal de los derechos humanos, estableció que cada hombre tiene derecho a un nivel de vida adecuado, a la salud o bienestar de sí mismo y de su familia, incluyendo alimentos, ropa, vivienda, asistencia

médica y servicios sociales necesarios, así como, derecho a la seguridad en caso de desocupación, enfermedad, incapacidad, vejez, etc.

Los servicios de asistencia social pueden ser manejados por organismos oficiales, por asociaciones privadas de carácter caritativo o filantrópico, por uniones de ayuda mutua (cooperativas, sindicatos y grupos similares), o bien una combinación de éstos.

Los hospitales en América Latina.

Los primeros antecedentes de la América precolombina, se encuentran en el Imperio Andino de los Incas y en el Mexicano de los Aztecas.

En la Nueva España el obispo Vasco de Quiroga realizó entre los mexicanos el ensayo utópico de un verdadero régimen de asistencia social, basándose en la caridad cristiana y fué encomendada a las órdenes religiosas, que fundaron los primeros hospitales habiendo pasado a la posteridad el nombre de muchos de sus miembros, como Pedro de Bethencourt, en Guatemala; Motolinía, en México y Pedro Claver, en Colombia.

Apareciendo este interés social en los regímenes revolucionarios americanos como el de México, donde Venustiano Carranza dejó sentadas las bases de la seguridad social. En 1942 fué creada la primera institución de seguridad social en México: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Un vigoroso programa de prestaciones sociales hizo evolucionar los antiguos derechos de la población asegurada y beneficiaría los modernos centros de bienestar familiar actuales.

De esta manera los hospitales, que en un principio eran lugares de aislamiento en donde la caridad se ejercía como uno de los aspectos

del cristianismo, van organizándose en instituciones con características de ejercicio profesional médico hasta constituir lo que son en la actualidad, los principales establecimientos "empresas de salud", donde se pueden realizar total o parcialmente los servicios de atención médica.

## 2.2. GENERALIDADES DE LOS HOSPITALES

Los hospitales, son instituciones hoy por lo común secularizadas, nacidas de la caridad. Actualmente los hospitales se constituyen y rigen según las modernas normas de organización, para otorgar diversidad de tratamientos, - con apoyo en diferentes servicios, gabinetes, salas de cirugía, de urgencias y auxiliares de laboratorio, farmacia, desinfección, autopsia, etc. -- Hoy los hospitales son sostenidos por entidades oficiales y/o asociaciones - privadas para el cuidado de enfermos que no pueden ser atendidos en casa, que requieren de observación, y vigilancia de los problemas médicos que los aquejan.

Definición de hospital:

Palabra derivada del latín "Hospitium" que quiere decir, lugar donde se tienen hospedadas a personas por diversas razones, la palabra "Hospitalis", es un adjetivo relativo a la anterior, es decir, hospital en sí.

Considerándose como sinónimo la palabra "nosocomio" que proviene igualmente del latín "Nosocomium" y en griego "Nosokomeion", nosos-enfermedad y Komein -cuidar.

"Los hospitales son las unidades ejecutoras directas de todo programa integral de salud pública que, además debe dar respaldo técnico y científico a

los servicios periféricos de atención ambulatoria, mediante consultas especializadas que por sí mismos imparten asistencia en su consulta externa y la extiende al domicilio del paciente". (1)

"Estructuralmente un hospital es propiamente el edificio en que se alojan enfermos para su tratamiento y curación, aún cuando sus servicios se extiendan a la consulta de pacientes externos. Su carácter de alojamiento -- trae consigo la necesidad de servicios de alimentación, lavandería y otros; siendo los edificios más característicos del género, que se destinan a la atención de la colectividad como parte del cuidado de la salud integral"(2) Dotado de cuerpo médico, personal administrativo y servicios auxiliares, -- generalmente ofreciendo la práctica clínica y enseñanza a los médicos en -- formación.

#### Funciones de los hospitales:

Corresponde a los hospitales actuales proporcionar el mejor servicio posible. Dar enseñanza a los médicos, enfermeras, practicantes, técnicos radiólogos, expertos en dietética, en relación directa con los pacientes. Dirigir investigaciones de los diversos trabajos de la medicina. Hacer prevención de las enfermedades, elaborar diagnósticos y tratamientos de las mismas y rehabilitación. Así como, mejorar el estado de salud en general, ya que, a ésta se le considera un fenómeno dinámico, es la lucha del ser humano por triunfar sobre las fuerzas biológicas, físicas, químicas, mentales y sociales que continuamente lo afectan. La salud, depende del resultado --

(1) GOMEZ NOGUERA M.: "Estadística Aplicada a la Administración de los Servicios de Atención Médica". pág. 37.

(2) YÁÑEZ E.: "Hospitales de Seguridad Social". pág. 5.

de la competencia entre seres vivos: el hombre, y los parásitos, microbios y virus.

Criterios aplicados para la clasificación de recursos hospitalarios:

Se considera que toda unidad asistencial debe contar con los siguientes re  
cursos:

a) Recursos materiales:

1. Inmuebles
2. Instalaciones fijas de servicios
3. Muebles de uso
4. Equipo de servicio
5. Instrumental
6. Artículos de consumo

b) Recursos humanos:

1. Administrativo: Directivos y sus colaboradores  
Secretarias  
Contadores
2. Enfermería
3. Técnico: Dietistas  
Trabajadores Sociales  
Fisioterapeutas  
Anestesiastas  
Etc.
4. Servicios Generales: Afanadoras  
Choferes  
Carpinteros  
Plomeros  
Ordenanzas  
Etc.

c) Recursos económicos:

1. Bases de financiamiento: Presupuesto federal o presupuesto privado  
Donativos  
Otros
2. Sistemas de contabilidad
3. Presupuesto de ingresos
4. Presupuesto de egresos
5. Fondo revolvente

En lo que respecta a México, debemos anotar que existen grandes variaciones en la distribución de camas en relación con las diferentes comunidades y estas son muy notables de Estado en Estado, así por ejemplo en el Distrito Federal hay cinco camas para cada mil habitantes. Algunos hospitales paraestatales, cuentan con buen número de camas, sin embargo, en lo referente a algunos de sus servicios se hace notar que en cuanto a consulta externa aproximadamente un 80% de los hospitales la tienen; un 60% cuentan con archivos clínicos; sólo un 30% tienen servicio de emergencias y las tres cuartas partes tienen laboratorios.

Clasificación de los hospitales:

Hay diversos tipos, según el punto de vista que se adopte:

- Por el área territorial que abarque sus servicios, su localización geográfica: rurales, urbanos, regionales o nacionales.
- Por el origen de los recursos que se inviertan en la construcción y operación, por su propiedad: privados, instituciones descentralizadas, municipales, estatales, etc.

- Por la especialidad médica, según el tipo de padecimiento que atiendan: generales o especializados.
- Por la condición socioeconómica de los pacientes: abiertos o cerrados.
- Por el número de camas con que cuenten: pequeños, de hasta 50 camas; me--dianos de 51 a 250 camas; grandes, de más de 250 camas.
- Por su arquitectura: horizontal, vertical, circular, mixto.
- Por su temporalidad: definitivos, temporales.
- Por el tipo de demanda del tratamiento de los enfermos: agudos o crónicos.

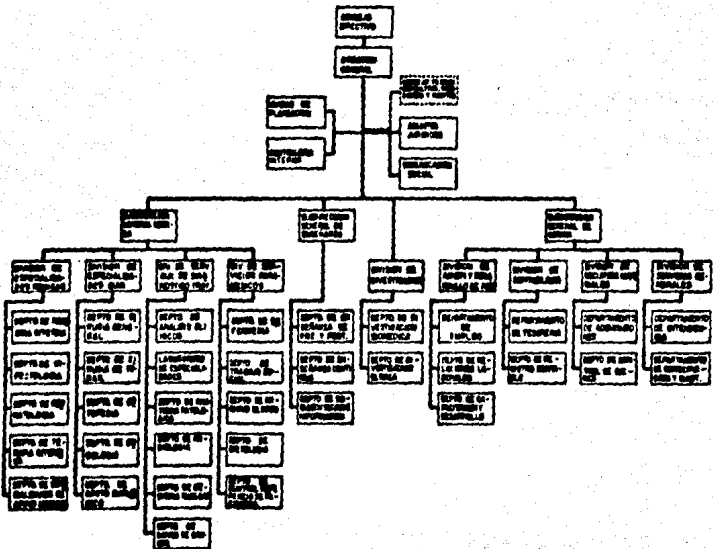
Atendiendo a las anteriores clasificaciones, a continuación se definen las ca  
racterísticas del tipo de hospital a que se enfoca esta tesis.

- Por su territorialidad: Nacional.
- Por el origen de sus recursos: Institución descentralizada.
- Por el tipo de padecimientos que atiende: Especializado.
- Por la condición socioeconómica de los demandantes: Abierto.
- Por el número de camas: Grande.
- Por su arquitectura: Vertical.
- Por su temporalidad: Definitivo.

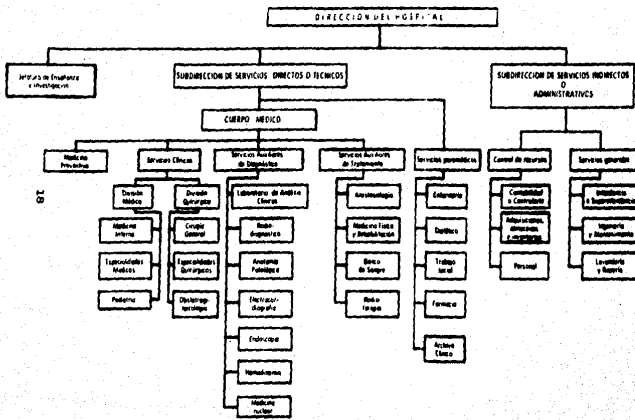
- Por el tipo de demanda de atención médica: Agudo

A continuación se presentan dos organigramas tipo de un Instituto Nacional de Salud, que dan la pauta para el establecimiento de los parámetros generales a utilizar en la práctica de la Auditoría Médico-Administrativa.

### ORGANIGRAMA I







ORGANIGRAMA

10

### 2.3. OTRO TIPO DE ENTIDADES DEDICADAS A LA ATENCION MEDICA

**CLINICAS:** Son edificios destinados a la atención de los enfermos en fase de diagnóstico, en donde se realizan diversos estudios e investigaciones, normalmente cuentan con los equipos necesarios para llevar a cabo los estudios conducentes al establecimiento de los diagnósticos.

La clínica consta de consultorios, laboratorios, gabinetes de Rx y las camas necesarias para realizar estos estudios.

**SANATORIOS:** Son albergues de enfermos para su tratamiento y rehabilitación; mediante el empleo preferente de regímenes de higiene, de alimentación, etc. Así es adecuado nombrar, por ejemplo, sanatorios de enfermos mentales, de maternidad, etc. Los sanatorios, con excepción de los que se destinan a maternidad, implican períodos más prolongados de estancia de los pacientes, comparándolos con los que son normales en la mayor parte de los hospitales de tipo agudo.

**INSTITUTO:** Palabra que encuentra su origen en el latín, Institutum y quiere decir disposición, intensión, proyecto, orden, ordenación, -- costumbre, norma, plan, principio, enseñanza, preceptos. Es la constitución o regla que prescribe cierta forma y método de vida o enseñanza, corporación científica, literaria, artística, béfica, corporación dedicada al progreso de las ciencias, etc.

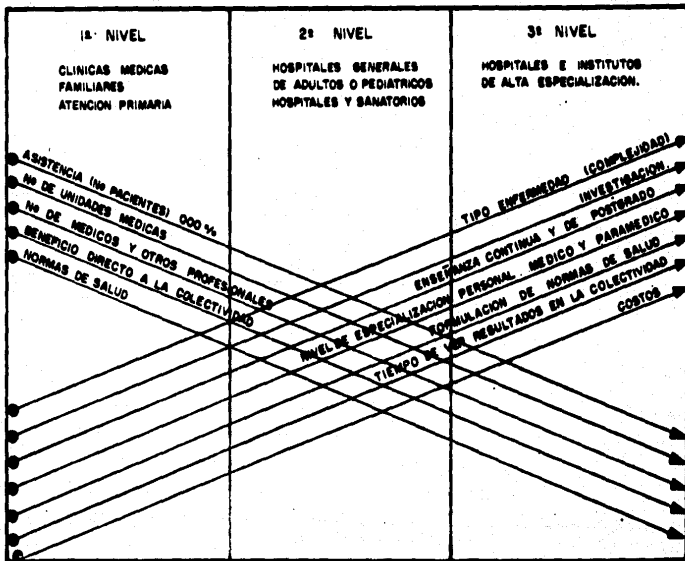
#### INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Son organismos descentralizados con personalidad jurídica y pa-

trimonio propio, constituidos como máximos centros de investigación científica, enseñanza y prestadores de atención médica de tercer nivel en determinada rama o especialidad de la medicina, con objeto de mantener y/o mejorar la salud del público demandante de servicio médico. Su función principal es emitir el protocolo de atención o tratamiento médico de su especialidad, tanto de los padecimientos más frecuentes (1er. nivel), como asistir las enfermedades poco comunes, difíciles y costosas de tratar (2do. y 3er. nivel).

Cabe aclarar que las definiciones anteriores se refieren a las instalaciones cuyo papel dentro de la atención médica están directamente ligados a los pacientes, pero dentro de esta condición existirá una gran variedad de instituciones de diversa magnitud y alcance. Por otra parte, caben también dentro del género de edificios de la atención médica aquellos, cuyas actividades apoyan el conocimiento y la práctica de la medicina, sin relación inmediata con los enfermos, por ejemplo: Oficinas para la planeación de la atención médica y el cuidado de la salud, instalaciones para la difusión y publicidad de los cuidados profilácticos, laboratorios de investigación de las enfermedades, de las condiciones de nutrición y de las características de los alimentos, de producción de medicamentos, etc.

La siguiente gráfica pretende aclarar la diferencia entre los tipos de unidades -  
médicas.



21

DR. CORREA

#### 2.4. EL CONTROL ADMINISTRATIVO EN LOS HOSPITALES

Dentro de cada etapa del proceso administrativo encontramos una parte del control, aún cuando se encuentra en forma independiente dentro del mismo y nos permite observar los resultados para volver a planear y continuar el proceso administrativo.

Dentro del área hospitalaria, esto no varía mucho de las demás empresas, -- las bases de control siguen su misma acción.

Concepto de control:

"Es el conjunto de providencias incluídas en la estructura y en las normas de trabajo de una empresa para que desarrolle sus objetivos, previniendo errores o fallas, y además para dar información segura". (3) Se ocupa de que se obtenga oportunamente lo planeado, de que haya adhesión a las políticas y productividad. Incluye, desde luego, el establecimiento y la prevención de la acción correctiva.

"Es la medición y corrección del rendimiento de los subordinados para asegurar que se cumplan los objetivos y los planes ideados para alcanzarlos".(4)

Para Henry Fayol "consiste en comprobar que todo sucede de conformidad con el plan adoptado, con las instrucciones formuladas y con planes establecidos". Pone de manifiesto los errores para rectificarlos e impedir que se produzcan de nuevo. Así pues, el control lleva consigo la existencia de objetivos y planes.

(3) LARIS CASILLAS F.J.: "Administración Integral". pág. 39 y 152.

(4) KOONTZ Y O'DONNEL.: "Principios de Dirección de Empresa". pág. 607.

En resumen, el control es la última de las funciones del proceso administrativo y consiste en vigilar, mediante verificaciones periódicas, si todas -- las actividades se realizan conforme al plan adoptado.

El control incluye el establecimiento de normas, motivaciones del individuo para alcanzarlas, comparación de los resultados obtenidos con dichas normas y la acción correctiva necesaria cuando las acciones se desvían del plan.

Cabe advertir que con la función del control no concluye el proceso administrativo, pues éste es cíclico, dinámico y permanente, modificable para ajustarse, mediante acciones correctivas, a los cambios ambientales en los cuales opera el organismo administrativo. Ello es así, dada que como producto social, la administración lleva implícitamente los conceptos dinámicos; cambiantes y evolutivos de todo organismo social, lo cual hace, a su vez que -- cambien los elementos y las funciones administrativas involucradas en ellas.

Tal proceso dinámico opera mediante un ciclo comunicativo regenerador, es -- decir, de una corriente de información nueva que revela mediante el control, errores desviaciones, circunstancias imprevistas y nuevas posibilidades. Todo ello requerirá modificaciones en las decisiones y objetivos originales -- diseñados por la planeación, una nueva estructura para lograr los objetivos, una reintegración de elementos materiales y humanos, una reejecución de decisiones de la dirección, una nueva verificación para ver si las acciones -- se realizan conforme a los planes y, en su caso, dictar medidas correctivas para una nueva formulación de planes y así sucesivamente.

Con base a los conceptos que hemos analizado estamos en posibilidad de definir el proceso del control en función de sus elementos integrantes:

- La verificación y vigilancia de todo el proceso, desde que se decide o acepta el plan hasta su terminación o cumplimiento de los objetivos. -

#### Control hospitalario:

En el medio hospitalario de México, el control se ejerce por medio de un comité que puede ser formado por el cuerpo consultivo, cuando el hospital es pequeño.

Los miembros de los comités de control pueden ser de dos categorías: permanentes o temporales. Los mismos deben trabajar de acuerdo con la reglamentación particular de cada comité y se debe obligar a presentar un informe mensual de sus labores a la dirección del hospital. Sólo pueden formar parte del comité personas externas al hospital que asisten con regularidad a todas las actividades programadas en el mismo.

Entre los controles con los que cuenta un hospital tenemos:

#### Control de eficiencia:

Tiene por objeto llevar a cabo la clasificación de los médicos que ingresen, o que soliciten su admisión al hospital, a fin de proponer a las autoridades del patronato, según el caso, los candidatos idóneos para ocupar los -- puestos de médicos de diferentes categorías dentro del hospital, valorando su competencia a través de sus antecedentes, y segundo: mantener el expediente personal de cada uno, indicando la posibilidad de los mismos para -- clasificarse de acuerdo con las categorías en el hospital. Es un órgano del cuerpo del gobierno.

#### Control de documentación clínica:

Tiene por objeto proponer, previa discusión, todos los cambios en las formas de los diversos servicios del hospital y su supervisión. El comité de documentación clínica cuyo personal puede estar formado por varios médicos

y el jefe del archivo clínico que fungirá como asesor.

#### Control de farmacia:

El comité de farmacia es otro asesor del cuerpo de gobierno del hospital cuyo personal, estará integrado por un médico, un cirujano, un investigador y el jefe de servicios clínicos específicos usados por diversos especialistas del hospital. Los fines de este control son: Que se cumplan los reglamentos relativos del Código Sanitario.- Revisar o elaborar el cuadro básico de medicamentos de la institución.- Vigilar y señalar los errores de prescrip--ción de los médicos del hospital.

#### Auditoría Médico-Administrativa:

La Auditoría Médico-Administrativa es la revisión integral de los procedi--mientos médicos y administrativos efectuados en unidades médicas con el objeto de determinar el nivel de eficiencia de las actividades realizadas, de acuerdo con los objetivos establecidos, sugiriendo cursos de acción que coadyuven a la optimización de tales procedimientos.

#### Control de financiamiento:

Es un apoyo para el cuerpo de gobierno de los hospitales. Este control se - ejerce principalmente en el costo de la aplicación de inversión en instala--ciones nuevas, o de investigación y desarrollo de nuevos productos.

## 2.5. PREPARACION TECNICA DE LOS ADMINISTRADORES DE HOSPITALES

Como se menciona anteriormente los hospitales estuvieron, en un principio - en manos de individuos religiosos fundamentalmente y poco a poco fueron que



dando en manos de médicos. En México, la mayoría de los hospitales son dirigidos por médicos, sobre todo cuando se trata de enfermedades agudas.

Existe una Escuela de Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Salud y otra de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. destinadas a enseñar las materias propias de una maestría en Administración de Hospitales, pero dirigida únicamente a los profesionales médicos. La enseñanza es activa, pretende despertar el interés de los alumnos en aprender por sí mismos, desarrollar su capacidad crítica y estimular su iniciativa para el aprendizaje de la Especialización en Administración de Hospitales.

El curso se ofrece a los profesionales médicos, consta de dos partes: la -- que incluye los aspectos fundamentales de la Salud Pública mismos que servirán de base para desarrollar una adecuada gestión administrativa; la otra -- se integra con temas específicos relacionados con la administración de un hospital, sus aspectos legales y la estructura y funcionamiento de sus servicios.

Dentro de las materias que se cursan en la Escuela de Salud Pública encontramos las siguientes:

- Administración de la Salud Pública
- Principios de Contabilidad General
- Estadísticas Hospitalarias
- Organización de la Atención Médica

El curso de superintendente del hospital, está dirigido a los licenciados en administración de empresas, a los economistas, a contadores y otros profesionales no médicos de nivel universitario con objeto de preparar personal de alto nivel que actúe como ejecutivo o asesor en los aspectos administrativo-contables de instituciones hospitalarias, además de los estudios a-

plicados a los hospitales llevan un curso de terminología médica para facilitar la comprensión de especialización en Administración Hospitalaria.

**CAPITULO III**

**AUDITORIA ADMINISTRATIVA**

CAPITULO III  
AUDITORIA ADMINISTRATIVA

3.1. PLANTEAMIENTO GENERAL DE AUDITORIA

La auditoría como acto reflexivo de juicio, sobre la conducta propia o ajena, como ponderación anterior a la toma de decisiones o como balance entre lo propuesto y logrado, se dá junto a la facultad humana de corregir y prevenir. El hombre, desde que adquiere conciencia de sí, prevee su subsistencia diaria y planea según su circunstancia, la manera de lograrla.

De la reflexión sobre los objetivos propuestos, las acciones desarrolladas y los resultados obtenidos, califica sus errores u omisiones para reducir - los cambios necesarios y posibles que lo lleven con mayor certeza a la consecución de sus fines.

Esta comparación entre aspiraciones y realidades, entre propósitos y logros, entre lo que se quiere ser, lo que se debe ser y lo que se es y, sobre todo lo que se ha hecho, es precisamente conocido gracias a la auditoría.

3.2. CLASIFICACION DE AUDITORIA

Se puede clasificar en cuanto a su función, en cuanto a quien la realiza y en cuanto a su alcance.

En cuanto a su función, se divide en:

- a) Financiera                      b) Administrativa                      c) Operacional

En cuanto a quien la realiza, se divide en:

a) Interna

b) Externa

En cuanto a su alcance, se divide en:

a) Pruebas selectivas

b) Detallada

Características en cuanto a su función:

a) Auditoría Financiera

También se le conoce como Auditoría Contable, es estudiada por varios autores desde que la Administración busca técnicas que logren oportunamente los objetivos de las mismas.

El alcance de la Auditoría se limitaba en su mayor parte a la situación financiera y a los resultados de operación mercantil en un periodo dado, por lo que estaba asociada íntimamente con la contabilidad; la finalidad de la Auditoría contable, era una revisión, hasta que cobró mayor importancia la comprobación y control interno.

Básicamente, la Auditoría Financiera informa sobre los resultados obtenidos en la empresa en un periodo determinado, pero este informe es limitativo, ya que no señala las causas de la situación de resultados financieros obtenidos.

A continuación se expone la definición sobre la Auditoría Financiera, como producto de diferentes definiciones:

"El examen metódico de la Contabilidad de una entidad; mediante la verificación, comprobación y estimación de sus operaciones para presentar en los estados financieros, la situación razonable en la empresa".

b) Auditoría Administrativa

"Es el examen integral de cualquier entidad monetaria que permite conocer objetivamente los métodos de control, medios de operación y empleo de sus recursos, es pues una técnica de control al servicio del cuerpo directivo que pone de manifiesto la forma y oportunidad del logro de los objetivos de la organización". (5)

c) Auditoría Operacional

Es una investigación de los sistemas operativos de una empresa, que utiliza elementos tales como aptitudes, tiempo y dinero; para realizar planes de trabajo, órdenes, instrucciones y procesos, encaminados a lograr la solución de problemas operacionales, ya que éstos proporcionarán diseños y explicación detallada de los mecanismos que registran los aspectos claves de la operación; y cuyos resultados se encaminan para ser comunicados a todas las actividades dirigentes de la empresa y todos aquellos vinculados con estas actividades.

La Auditoría Operativa representa una extensión del trabajo del auditor interno. Es resultado del desarrollo económico actual, y de los cambios operativos de la empresa. Es un servicio adicional al dictamen de los estados financieros que constituyen su punto de partida y, busca ayudar a la empresa a promover la eficiencia de operación basándose en el estudio y evaluación del control interno de la compañía.

Diferencias entre los tres tipos de auditoría según su función:

- (5) WILLIAM P. L.: "Auditoría Administrativa. Evaluación de los métodos y eficiencia administrativos". pág. 42.

Se distinguen, los citados tipos de Auditoría, entre sí por el objeto a que nes va dirigida, como su nombre lo dice: a la administración y al aspecto fi nanciero de las empresas. Pero su limitación no es absoluta, ya que, aplicán dose una auditoría en una empresa, ésta conocerá su situación, sus posibles problemas, cuál será la utilización de los recursos económicos, si se están logrando los objetivos y, si hay una adecuada aplicación de las polfticas em presariales.

En todo caso, el éxito de la Auditoría aplicada dependerá por supuesto, de - la habilidad y acierto con que el auditor la realice, y de las alternativas que sugiera, así como las decisiones tomadas para las desviaciones encontra das; ya que no es la causa ni efecto, lo que el empresario necesita saber, - sino los cursos de acción y medidas que debe tomar para resolver la problemá tica.

Las ventajas o desventajas de utilizar una Auditoría Financiera, Operacional o Administrativa en una empresa, dependerán directamente del problema a que ésta se enfrente en determinado momento y a la magnitud que pretenda abarcar.

- La Auditoría a Estados Financieros o Auditoría Contable, es limitada en - cuanto a su alcance y sólo abarca los recursos económico-financieros; es eminentemente cuantitativa aunque presenta un dictamen cualitativo que -- puede respaldarse fácilmente con cifras.
- La Auditoría Operacional o Auditoría Interna Operativa, analiza sistemas de producción y ventas; control de calidad; procesos de compras, almacén, cobranzas, etc., evalúa actividades y procedimientos, pero no llega a la raíz del problema, pues su estudio es muy limitado en cuanto a elementos a analizar.
- La Auditoría Administrativa examina, revisa y evalúa a la empresa, para -

descubrir todos aquellos factores que la desvían. Trabaja con gran parte de elementos cualitativos para dar evaluación cuantitativa; es decir, busca una serie de opiniones y sistemas informativos que se integran en una calificación de tipo numérico, y en una conclusión final que representa recomendaciones a las fallas encontradas.

Características en cuanto a quien realiza una Auditoría:

a) Auditoría Interna

También llamada, Auto-Auditoría porque la realiza un departamento o personal que labora en la misma empresa, bajo la supervisión y dependencia de los directivos de la misma.

La función de estos Auditores Internos es; evaluar la posición de la empresa para determinar dónde se encuentra, hacia dónde va con los programas presentes, cuáles son sus objetivos; si se necesitan modificar las políticas para alcanzar los objetivos establecidos, analizar la vigencia de los objetivos y además implementar la Auditoría interna como técnica de control al servicio de la Dirección.

Esto se logra revisando su organización, políticas, procedimientos, programas, posición financiera, personal y administración. Su problemática radica en que no hay independencia mental, por ubicarse el auditor dentro de la estructura de la empresa. Esta Auditoría tiene la ventaja de proporcionar a los altos directivos, la evaluación constante del desempeño general, y proporciona las bases para elaborar metas futuras.

b) Auditoría Externa

Es la realizada por personas físicas o morales ajenas a la institución que



prestan este tipo de servicios profesionales.

Estos auditores poseen una ventaja sobre los internos, y es que, como no se ponen en juego sus propios intereses, (aquí radica su principal diferencia), hacen un examen diferente a los anteriores. Además, de que tienen una manera más objetiva de estudiar lo que sucede en la compañía, pues no están influenciados por la rutina de ésta.

Los sistemas establecidos, políticas y objetivos de la compañía son la base para la realización de esta Auditoría, los cuales están plasmados en los manuales elaborados por la propia institución.

Estas Auditorías basan su labor en la aplicación de muestreos por técnicas de -pruebas selectivas-, las que permiten establecer la razonabilidad de las cifras; es decir, certifican las cifras y dicen como está la empresa.

El examen realizado identifica cualquier desviación de los objetivos de la empresa y facilita, por medio de la información, que se presenta a los Directivos la posibilidad de realizar, planes mayores o menores a los actuales.

Se considera, a manera de comentario o consejo para la empresa, que al implantar Auditorías Administrativas se realicen tanto internas como externas, ya que se complementarían ambas buscando el mismo objetivo: EFICIENCIA.

Características en cuanto a su alcance:

a) Auditoría por Pruebas Selectivas

Se refiere a que pueden escoger ciertas áreas, períodos, departamentos o direcciones aleatoriamente, para su revisión y evaluación de su desempeño; o mediante la utilización de métodos selectivos: financieros, administrativos o de operación de ciertos departamentos de la empresa.

b) Auditoría Detallada

Se refiere a la revisión de un problema específico de la empresa.

3.3. CONCEPTO DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA

Algunos autores, estudiosos de la materia, han establecido definiciones sobre la Auditoría Administrativa; a continuación se transcriben las que se consideran más representativas de esta función.

"Es un proceso de evaluación y acumulación de evidencias por una persona independiente, competente acerca de información cuantificable de una entidad económica específica con el propósito de determinar y reportar sobre la información cuantificable y el criterio establecido". (6)

"Revisión objetiva, metódica y completa de la satisfacción de los objetivos institucionales con base a los niveles jerárquicos de la empresa a su estructura y la participación individual de los integrantes de la institución". (7)

"Es el examen comprensivo y constructivo de la estructura organizativa de -

(6) ALVIN A. ARENS; JAMES K. JORWECKE.: "Auditing and Integrated Aproach". págs. 49 y 50.

(7) FERNANDEZ ARENA J.A.: "El Proceso Administrativo". pág. 215.

una empresa, de una institución, una sección del Gobierno o cualquier parte de un organismo en cuanto a sus planes, objetivos, métodos y controles, su forma de operación y sus facilidades humanas y físicas". (8)

"Es la verificación y control para detectar el grado de alcance de los resultados a través del cumplimiento de los objetivos y políticas. Examen de todas las partes o determinadas partes. La Auditoría Administrativa constituye una oportunidad para mostrar lo que un negocio está logrando. Es una "audiencia" en la cual los asistentes pueden enterarse de lo que se ha logrado con respecto a las políticas y programas, sobre lo que se hace en la empresa, suministrando una oportunidad específica para el examen de todas las partes, de las actividades de las relaciones de empleados en el negocio". R. Macías.

"Es el examen metódico y ordenado de los objetivos de una empresa, de su estructura orgánica y de la utilización del elemento humano a fin de informar los hechos investigados". (9)

"La medición de la actuación de la Gerencia de las operaciones realizadas, el análisis de las funciones y el resultado conjunto del negocio". Alfonso Mejía Fernández.

"Es la técnica administrativa que tiene como objeto revisar, supervisar y evaluar la administración de una empresa". Carlos Anaya Sanchez.

De las definiciones anteriores, destacan algunos elementos comunes, por lo -

(8) WILLIAM P. L.: Ob. Cit. Núm. 5, pág. 65.

(9) MARTINEZ VILLEGAS FABIAN.: "EL Contador Público y la Auditoría Administrativa". págs. 24 y 25.

cual, a continuación se analizan los conceptos empleados como apoyo a este trabajo:

- Exámen.- Es una investigación, análisis o indagación exacta y cuidadosa de las cualidades y circunstancias de una cosa o de un hecho.
- Metódico.- Implica una sistematización es decir, una marcha razonada que se sigue. para llegar a un fin, siempre con un seguimiento ordenado de lo realizado y saber qué se piensa.
- Estructura Administrativa.- Es un organismo social o un mecanismo de operación, en otras palabras, es una empresa, negocio o entidad en el que se conjuga un esfuerzo organizado para obtener o producir un bien o un servicio, ya sea social o económico. Pudiendo ser pública, privada o paraestatal.
- Objetivos.- Son los propósitos, misiones, metas o fines por los cuales se esfuerza un hombre e indican la finalidad de un programa principal. Los objetivos se establecen o aplican por medio de la planeación orientada hacia los resultados.
- Recursos.- Elementos humanos, económicos, materiales y técnicos con los cuales se cuenta en cualquier proyecto o negociación. Los recursos de una entidad se encuentran íntimamente relacionados y tienen alta dependencia entre sí.

Generalidades de la Auditoría Administrativa.

En su procedimiento, podrá abarcar todos los pasos seguidos desde su inicio hasta el fin en los diferentes departamentos, midiendo la capacidad que in--

terviene en él y la efectividad de los registros que lo auxilian.

Es importante, por todo lo anterior que el auditor deje buena imagen a la gente que ocupa los puestos del Servicio o Departamento que va auditar, para que cooperen con él proporcionándole toda información que no se pueda encontrar entre los papeles a analizar y, que dejen libres de toda influencia y control a aquellos a quienes inspeccionan.

Concretando, la Auditoría Administrativa se emplea para detectar omisiones, defectos o errores tanto cuantitativos como cualitativos; señala los mejores caminos aplicables en uno o varios Departamentos, una división específica de la empresa o en su totalidad. Comprende aspectos tales como: métodos, procedimientos y modos de aplicación economía de la producción, presupuestos, costos, evaluación de la administración y de los méritos del personal, análisis de comunicaciones, computación manual y mecánica, canales de control, medios y formas de rendir informe sobre todos o determinados aspectos, finalmente, el análisis de cada uno de esos elementos que permita llevar a cabo acciones; tendientes no solo a corregir defectos, sino a implantar métodos que auspicien la dotación de mejores resultados en el manejo de la empresa y en el logro de sus objetivos.

Habiendo expuesto lo que es una Auditoría, cómo se clasifica y quién realiza las operaciones; a continuación se plantea un marco general para su implementación.

#### a) Aplicación

Una Auditoría se debe aplicar regularmente y no como frecuentemente sucede, cada vez que tenga problemas la empresa, ya que debe prevenir los acontecimientos y no corregirlos cuando ya no hay otra salida, pues los costos serán

más altos además de incrementarse la probabilidad de fracasar.

El aplicar una Auditoría no implica realizar una investigación aislada, es necesario un reporte posterior que informe sobre lo investigado, sobre los resultados de éste y sobre las proposiciones que especificarán, la diferencia de lo que pasa y lo que podría pasar.

El manejo empresarial ya dejó de ser empírico, ya no se reprimen o festejan los errores administrativos como simples acontecimientos o experiencias; ya que se tiene un arma fundamental con la que se puede conocer el porqué de su eficiencia o de sus fallas; qué elementos no han sido usados adecuadamente y cuáles deberían utilizarse a fin de lograr una administración encaminada a sus metas.

#### b) Frecuencia

En cuanto a la frecuencia con que una Auditoría se efectúa, varía según las necesidades o políticas de la empresa; pero comúnmente se sugiere realizarla cada año.

Esta herramienta, no es más que un instrumento que las empresas necesitan para tomar decisiones a nivel directivo, ya que la Dirección de Empresas no es una ciencia, la mayoría de las decisiones están relacionadas con las experiencias pasadas, lo que hace necesario realizar un estudio del historial de la empresa.

#### c) Limitaciones

Dentro de las limitaciones a que los auditores se enfrentan comúnmente se podría mencionar como la principal, al elemento humano, que:

- Cree que siempre después de una Auditoría hay recorte de personal y éste no coopera con los auditores, pues teme que esto los afecte.
- La gente cree que los auditores se van a meter a investigar sus métodos personales de operación, con las subsecuentes críticas de los mismos.
- Desconocen realmente los propósitos de los auditores, que fuera de causar molestias, ayudarán posteriormente a realizar sus labores más eficientemente.
- Las personas consideran que las auditorías son inspecciones o fiscalizaciones por naturaleza, por lo que el personal teme cooperar porque los auditores se darían cuenta de sus errores o descuidos.

Antes de dar principio a una Auditoría, es necesario examinar con atención el trabajo, para que quede un esquema general en la mente del auditor o persona encargada de realizarla.

Es necesario además que se prepare un programa de Auditoría en el que se plasmará el plan de investigación a seguir.

#### 3.4. PROGRAMA DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA

Pasos a seguir:

- a) Exámen de los objetivos empresariales y los planes para llevarlos a cabo.
- b) Estudio de la estructura de la organización.
- c) Análisis de las áreas funcionales de la empresa.

- d) Estudio de la acción que emprenden en cuanto a las políticas y sus prácticas.
- e) Determinar el grado de cumplimiento de los reglamentos.
- f) Estudio de los sistemas y procedimientos.
- g) Estudio de los métodos de control.
- h) Evaluación de las operaciones.
- i) Estudio del equipo físico y su disposición.
- j) Estudio del personal y sus necesidades generales.
  - a) Exámen de los Objetivos Empresariales y los planes para llevarlos a cabo.

Todas las empresas que requieran administración deben definir claramente sus objetivos. Programar la innovación de esos planes es más fácil al comienzo de las operaciones, que cuando las actividades de la empresa son rutinarias. Los objetivos dan su razón de ser a la empresa, existiendo también los siguientes objetivos: individuales y colectivos; generales y particulares; básicos, secundarios y colaterales; a corto y largo plazo; naturales y subjetivos o arbitrarios.

Para fijar objetivos no existen instrumentos o reglas lógicas ya que varían según el giro de cada empresa.

- b) Estudio de la estructura de la organización



El análisis de puestos determina las actividades que deben hacer y limita su actuación. Es necesario que la estructura esté de acuerdo con las necesidades de la empresa y que las funciones estén controladas, equilibradas y coordinadas, perfectamente. El personal además requiere ser motivado, que sean reconocidos sus resultados y de que exista comunicación hacia todos los niveles. Si no se les motiva con incentivos adecuados no habrá satisfacción de necesidades.

c) Análisis de las áreas funcionales de la empresa.

Las áreas funcionales son: Dirección, Mercadotecnia, Personal y Finanzas.

d) Estudio de la acción que emprenden en cuanto a las políticas y sus prácticas.

Es necesario analizar que las políticas sean claras, precisas, que contengan un razonamiento adecuado y, principalmente, que se encaminen hacia los objetivos de la empresa.

En cuanto a sus prácticas, las políticas se usan para tomar decisiones sobre: finanzas, personal, sueldos, precios de ventas, de compras, inventarios, canales de distribución, etc.

Las políticas guían y formulan las normas específicas que orienten la acción misma del objetivo, para que se tomen las decisiones pertinentes o se deleguen y se lleguen a la meta del objetivo; y es más general que la regla o la norma.

La política en sí, señala los medios para llegar al objetivo.

La política señala los criterios generales orientados a la acción para que se

tomen decisiones criteriosales y se llegue a los objetivos deseados.

Para una buena práctica de las políticas empresariales es necesario:

- Fijarlas claramente
- Difundirlas a los niveles en que van a ser aplicadas.
- Coordinarlas para que sean bien aplicadas, y
- Revisarlas periódicamente, pues toda empresa cambia o evoluciona constantemente, y se debe evitar en las políticas que ya no están vigentes, no sigan utilizándose.

e) Determinar el grado de cumplimiento de los reglamentos.

Cuando un trabajador se compromete en un trabajo, el patrón también se compromete a retribuir el mismo; bajo ciertas condiciones que ambos aceptan como son:

Pago de sueldos, horario de trabajo, pago de vacaciones, reglas de seguridad, necesidad de reportar faltas, fallas o anomalías, tiempo disponible para comer, normas de trabajo y seguridad, etc.

f) Estudios de los sistemas y procedimientos.

Conocidos los objetivos y sus políticas se elabora un programa de prioridades y secuencias sistematizando los pasos a seguir para alcanzar las metas.

Los procedimientos estandarizan los métodos de eficiencia para su realización, el cual también puede hacerse por medio de entrevistas o instructivos que dirigen la organización de los empleados. Los sistemas deben interrelacionarse con las partes que lo componen.

Tanto los sistemas como los procedimientos deben ser revisados periódicamente para evitar vicios anticuados y ya ineficientes.

Además se debe cuidar que no haya duplicación innecesaria de sistemas y procedimientos.

g) Estudio de los métodos de control.

Es necesario apreciar el control de las operaciones vigilar y evaluar los resultados y las actividades reguladoras para poder ofrecer sugerencias a la em presa.

Un medio muy apropiado para medir los resultados, es determinar estándares operacionales, que por medio de los métodos estadísticos podrían ser mensurables.

Esto puede ser posible, realizando anífticamente un listado de elementos y -- clasificarlos en orden de importancia para darles valor respecto a un todo.

h) Evaluación de las operaciones.

Debe existir una debida organización para la realización de las operaciones - en busca del equilibrio de las funciones, de la armonía y cooperación del per sonal.

Es conveniente por lo tanto enlistar: tiempo normal de cada operación y de ca da elemento operativo, normas de calidad, aquellas operaciones que sean más - difíciles de lograrse, etc.

En síntesis, vigilar y evaluar las operaciones de las áreas de interés o pro blemáticas; así como de sus actividades reguladoras, para seleccionar métodos

de perfeccionamiento.

i) Estudio del equipo físico y su disposición.

En una empresa, en la que se utilizan hombres y equipo es muy importante analizar muy bien este último recurso para determinar: si es adecuado para trabajar óptimamente; reducir gastos de operación, determinar independencias entre personal, si está físicamente en el lugar adecuado para rendir eficientemente en su trabajo, etc.

En síntesis, estudiar esquemas del equipo, condiciones y mejoras del equipo, espacios disponibles, prevención de crecimiento de las instalaciones, distribución, etc., para lograr el mejor uso de las instalaciones y el mejor aprovechamiento y rendimiento del personal.

j) Estudio del personal y sus necesidades generales.

De la fuerza de trabajo dependerá en gran parte el destino de la organización.

Es muy importante el estudio del recurso humano para comprender sus características, posibilidades y limitaciones, y apreciar así los procedimientos y modelos formales adecuados para la empresa.

Todo trabajador tiene necesidades propias que van en relación directa a su -- trabajo en la organización, motivar al trabajador adecuadamente es, provocar, mantener y dirigir su conducta hacia sus propios objetivos recompensándose la empresa con los resultados que esta satisfacción estimula.

Si el trabajador se encuentra insatisfecho o aún, frustrado, esto puede afectar directamente a la organización, pues podría agredir, evadir órdenes, ais-

larse, sublevarse en contra de una persona especial o de varios grupos de individuos, etc., creando conflictos desfavorables para la empresa.

CAPITULO IV

AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA

CAPITULO IV  
AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA

4.1. HISTORIA Y EVOLUCION DE LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA EN EL EXTRANJERO

La inquietud por evaluar la calidad de la atención médica se remonta a muchos años atrás. Ya a fines del siglo XVIII, un médico y estadístico francés Pierre Ch. Louis, (1740-1795) por primera vez en la historia de la medicina, afirmaba que la efectividad de la atención médica era medible y, por lo tanto, se debía hacer así sistemáticamente.

En forma vehemente desafiaba a sus colegas a demostrar rigurosamente el grado de influencia de cualquier medida terapéutica y relacionarla con la duración, la evaluación y el término de cada enfermedad en particular.

La respuesta fue el desdén o el rechazo, ya que en esa época los tratamientos se centraban en procedimientos agresivos y poco eficaces, como eran el uso de sangrías, eméticos, laxantes severos y diuréticos, que se utilizaban según el arte de cada profesionalista, pero cuyos resultados, aún cuando eran aceptados como normales eran considerados por los médicos como de poca alcance.

Más tarde, Florence Nightingale, en 1865 durante la guerra de Crimea, se preocupó por medir lo que sucedía en los hospitales de campaña del ejército inglés y concluyó afirmando que podrían mejorar las leyes que gobiernan la enfermedad si se relacionaban con los resultados obtenidos del uso de una terapéutica dada.

Además proponía la recolección rutinaria de información sobre pacientes dados de alta.

Groves comparaba en 1908 la mortalidad operativa para ciertas operaciones - en 27 hospitales británicos.

Al comenzar este siglo E. A. Codman, médico norteamericano, reanimaba las ideas anteriores, pues él consideraba que la atención médica se pagaba en base a la limpieza del hospital o del consultorio, por la belleza arquitectónica, por la cortesía del personal y otras variables similares, pero no por la eficiencia de la atención médica, por lo que proponía un análisis final de resultados para ser implantado en el Hospital General de Massachusetts; en 1914 abrió su propio hospital en el cual se hacía seguimiento de cada paciente quirúrgico durante un año después del alta.

En 1910 el informe del estudio sobre educación médica en los Estados Unidos, de Abraham Flexner, produjo fuerte estímulo a la evaluación de la calidad, al demostrar los estándares pobres, prevalentes en muchos centros médicos universitarios.

Desde 1916 a 1951 el Colegio Americano de Cirujanos jugó un rol importante en el programa de estandarización de hospitales, el cual culmina en 1952 con la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación cuya labor ha significado una influencia poderosa en elevar los estándares hospitalarios.

Posteriormente se evaluaban aspectos relacionados con la estructura, ya fuera el número de camas y su ocupación, los programas, los servicios suministrados, sus patrones de uso, los costos, etc.

La calidad de la atención se obtenía por inferencia. Si bien esa era la práctica dominante, algunas voces como la de Sydenstricker en 1926 se habían alzado para hacer notar que los objetivos debían ser definidos con claridad, así como los principios experimentales para la evaluación de actividades es



pecíficas.

En 1933, Lee y Jones definen lo que es un correcto ejercicio de un sistema de atención médica:

"Buena Atención Médica es la clase de práctica médica que realizan y enseñan los líderes de la profesión médica en una época dada, acorde con el desarrollo social, cultural y profesional en una comunidad. Se basa en el uso racional de la ciencia; pone énfasis en prevención; la colaboración entre leigos y profesionales; considera al individuo íntegramente; obliga a una relación cercana médico-paciente; se coordina con grupos de trabajo social y -- con todos los tipos de servicios médicos; se basa en las necesidades sociales de la población a la que sirve". (10)

En 1937, Bradford Hill en Gran Bretaña, expresó que en esa época había una demanda creciente para medir la eficacia de los tratamientos y propuso una vez más la aplicación de métodos estadísticos para hacerlo, la estadística consiste en datos cuantitativos que se afectan en gran parte por una multiplicidad de causas, por lo que un análisis estadístico requiere del estudio de todas esas posibles influencias.

Hacia notar que no hay método estadístico que pueda compensar una mala planeación de lo que se debía observar en una investigación.

Si se va a contar como información básica la contenida en los expedientes clínicos, que no son elaborados con el propósito de realizar análisis críticos para la evaluación, los datos para llegar a conclusiones válidas van a ser insuficientes y los resultados decepcionantes.

(10) LEE R. I. AND JONES. L. W.: "The Fundamental of Good Medical Care". pág. 5.

Más tarde, después de la Segunda Guerra Mundial introdujo la prueba de control aleatorizada (R. T. C.: Randomized Control Trial) para evaluar la utilidad de la estreptomocina en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Dado el buen resultado en el uso de este instrumento, posteriormente se ha usado para muchas evaluaciones.

El Colegio Americano de Cirujanos inició en 1940 algunos estudios encaminados a evaluar resultados de las acciones médicas e implantó un comité de te jidos, seguido de uno para estudiar el uso de antibióticos y otro para con cer la utilidad de las transfusiones.

En 1953 creó el grupo llamado "Professional Activity Study" (PAS) para inte grar datos clínicos en los expedientes que apoyaran a los Comités.

Dado que la idea pareció significativa y trascendente, otros colegios se u nieron al programa PAS en 1955, con lo cual se convirtió en un programa na cional.

Esa unión también alcanzó a todos los comités, los cuales se integraron en un sistema.

Siendo este año cuando Myers mencionó por vez primera el término de "Medical Audit" y es desde este punto donde nace el movimiento de estudiar más pro fundamente todo lo relacionado con el control de la atención médica.

Así se llegó a la década de los años sesenta en que se produce una verdadera avalancha de estudios, publicaciones y discusiones sobre la auditoría que llevan a la implantación de nuevos programas que intentan una mejor com prensión de esta idea.

En 1965 el Medicare norteamericano inicia un programa para revisar la utilización de los servicios por medio de una revisión escrutadora grupal (peer review).

Uno de los mayores problemas que se han tenido es el referente a lo que se debe auditar.

Probablemente sea útil recordar un pensamiento de Druker al respecto, dice "que en el campo de las empresas que producen bienes hay una pregunta tan obvia, que casi no se requiere su planteamiento y se refiere a cuál es el negocio o la ocupación a la que se dedica".

Si se extrapola la pregunta al campo de los sistemas de atención médica se tendrá necesidad de recordar que se ha definido como el conjunto de elementos técnicos, humanos, financieros, sociales y políticos que interactúan para mantener la salud, prevenir la enfermedad, recuperar la salud, controlar o paliar la enfermedad.

Pero en razón de la variedad de elementos que participan y los resultados que se pretenden lograr, la respuesta a la pregunta del autor es de gran complejidad, ya que los puntos de vista son innumerables.

La influencia de la Administración de empresas en las funciones y actividades de la administración de la salud hizo que durante muchos años, en el mejor de los casos, se considerará a la auditoría como una fase de control.

Efectivamente, desde Fayol creador del enfoque de proceso en la administración, se dijo que durante el control se debe "apreciar que todo haya ocurrido de conformidad con la regla establecida y con el pedido expreso".

Ese enfoque de hecho fue reválidado por Drucker cuando aclaró la idea anterior y la popularizó con su punto de vista de la Administración por objetivos.

Como la empresa privada funciona con el objetivo básico de obtener una ganancia, ésta se convierte en un claro indicador.

Así, el objetivo explícito que es definido en la fase de la planificación se mide varias veces durante el proceso y de acuerdo con los conceptos clásicos de Fayol y sus seguidores, forma parte de control.

El mismo Drucker hizo notar posteriormente que la medición de la productividad o de la ganancia no era suficiente para evaluar la organización en su conjunto.

Opinión similar ha externado Etsioni cuando hace notar que las organizaciones necesitan sobrevivir y mejorar en varios aspectos, por lo cual la auditoría no puede limitarse a medir los objetivos, sino a dar juicios de valor sobre otros resultados que son consecuencia de interacciones variadas que se efectuaron durante el proceso.

Lo sucedido en Estados Unidos de América en el campo de la Auditoría durante la última década, ha provocado una verdadera profusión de programas, escritos y discusiones.

Kenneth Williams presentó un proyecto el año de 1971, en el cual proponía que la población pidiera cuentas a los sistemas de atención médica de los resultados obtenidos con los recursos a su disposición.

Ese año también se fundó la Organización Experimental para la Revisión de la Atención Médica (EMCRO: Experimental Medical Care Review Organization).

En 1972 la American Hospital Association inició un programa sobre la Certeza de la Calidad (Quality Assurance Program) que no sólo tiene relación con la medición de la calidad, sino también a las providencias que se deben tomar para mejorarla.

El Bureau of Quality Assurance se ocupa del estudio de seis áreas técnicas:

- 1) La revisión de la calidad por iguales (peer review).
- 2) La captación, selección y manejo de datos.
- 3) El manejo financiero.
- 4) La administración y organización del proyecto.
- 5) Las relaciones entre los profesionales y con el medio externo.
- 6) El manejo del programa integral.

También en 1972 se formó la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales (Joint Commission in Accreditation of Hospitals; JCAH) que especificó que las auditorías médicas se deben relacionar con los procedimientos que se utilizan con mayor frecuencia, pero también cuando se ha identificado un problema que tiene componentes del diagnóstico o del tratamiento.

El criterio para seleccionar los casos se basa en la admisión de pacientes a la unidad.

Consideran que todos los servicios importantes del hospital deben ser acreditados en un lapso menor de un año.

Antes de que terminara ese año de 1972, el Congreso aprobó la ley pública - 92-603 que dió origen a la Organización para la Revisión de Stándares Profe-

sionales (PSRO: Profesional Standars Review Organization) que obliga a organizar grupos que lleven a cabo supervisión de actividades, conducción de revisiones, certificaciones y en general estudios de evaluación de la atención médica impartida a pacientes que son financiados por el gobierno en hospitales de corta estancia.

Tanto el EMCRO como el PSRO utilizan datos estadísticos relacionados con el proceso y con el resultado.

Es obvio que, dado que no se hicieron cambios fundamentales en los expedientes clínicos, la cantidad de datos que se manejan es muy grande, lo que da por resultado que se requieran expertos en administración que aprendan los aspectos básicos de la atención médica, los que deberán trabajar conjuntamente con médicos que aprendan lo suficiente de administración.

Se sabe que con el tiempo se habrán de agregar expertos en computación, para manejar la información en tiempo real.

El número de médicos y administradores es necesario que sea alto para que puedan hacer las revisiones entre iguales (peer review).

De otra forma, será inevitable integrar varias unidades de atención médica para que se lleve a cabo un programa cooperativo.

Los programas de evaluación antes mencionados iniciaron sus actividades haciendo estudios sobre número y criterio de las interconsultas, pacientes con complicaciones, pacientes que fallecieron y su relación con las necropsias, juicios sobre los órganos extirpados, el porcentaje de infecciones en la unidad de atención médica y sobre las altas de pacientes para saber cuán

tos habfan salido curados, mejorados, sin mejorfa y los que abandonaron el tratamiento.

Como consecuencia de este pensamiento se afianzó el concepto de auditorfa, a la que se define como, "la Evaluación Sistemática de la calidad de la atención médica tal como está registrada en el expediente. Debe incluir las deficiencias, la acción correctiva, el grupo a estudiar y los estándares esperados".

El EMCRO desarrolló métodos innovativos para resumir datos a bajo costo de los expedientes en diferentes unidades de atención médica.

En este enfoque, la calidad se define como "el grado en el que los procedimientos científicamente establecidos en diagnóstico y manejo del paciente a son propiamente aplicados y se beneficia de su uso".

Pero también se debe explicar por qué y cómo fueron aplicados.

El grupo evaluador debe definir los criterios que va a utilizar en forma tan explícita como sea posible y además expresar por medio de una gufa el proceso que seguirá para hacer la revisión.

El EMCRO puede realizar estudios prospectivos, concurrentes o retrospectivos.

Cuando se define durante la planeación cuál va a ser la revisión para verificar si se cumple con los objetivos, estaremos en el primer caso.

Si se hace concurrente, es porque se considera que se puede mejorar el proceso.

El retrospectivo tiene mayor relación con el enfoque de sistemas ya que busca las fallas para corregirlas, pero depende de la confiabilidad de los datos existentes en el expediente clínico.

Los creadores del programa llevaron a cabo un proyecto para capacitar enfermeras o personal auxiliar para la captación de la información, ya que es necesario desarrollar una metodología para coleccionar, resumir y analizar una multiplicidad de datos.

Uno de los programas de EMCRO evaluados después de cuatro años demostró que a pesar de la retórica, no hubo impacto en el costo y que algunas acciones aumentaron, tales como el número de consultas, prescripciones y exámenes de laboratorio.

Sólo hubo disminución en el número de inyecciones aplicadas a los pacientes.

Pero lo importante es que la calidad sí mejoró.

El PSRO al igual que el EMCRO, también está en una fase incipiente de su desarrollo por falta de definición de estándares, criterios y los métodos consecutivos para la captación de la información basada en la población pues con cierta frecuencia se toman casos de pacientes con problemas especiales, que si tienen un fondo psicosocial responderán pobremente a las medidas terapéuticas de tipo biológico.

Esos casos exigen conceptos sólidos y madurez de los evaluadores.

En 1975 las inquietudes del público norteamericano, que ya habían desarrollado grupos para pedir cuentas a los sistemas de atención médica (accountability), hicieron explosión y se desató una verdadera avalancha de demandas



legales por mala práctica médica y por cantidades que no se hubieran pensado unos años antes, lo que provocó que algunos médicos que seguramente no hubieran declarado contra sus colegas si no hubiera esas demandas millonarias, lo hicieran y todo en conjunto dió como resultado una verdadera crisis en la que muchos profesionales adoptaron una práctica defensiva y finalmente no se obtuvo una mejoría de la calidad, que era el argumento usado -- por los que hicieron los primeros juicios legales.

Hoy en día la Auditoría Médico-Administrativa es una de las condiciones básicas para el reconocimiento y calificación de los hospitales en Estados Unidos.

#### 4.1.1. ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA EN MEXICO

En la década de los 40's, cada vez eran más apremiantes las necesidades de atender una población necesitada de servicios de salud, -- viéndose realizados proyectos importantes como el inicio de Instituciones de Seguridad Social: IMSS, Cardiología, Nutrición y el Hospital Infantil de México.

En los años 50's, el IMSS, atendía ya una gran demanda de servicios médicos, por lo que era indispensable evaluar, siendo la primera -- institución que implantó un procedimiento de supervisión y vigilancia de las actividades médicas, paramédicas y administrativas, dirigida por el Dr. Fernando González Montesinos, con enfoques puramente cuantitativos en un principio implementando, un procedimiento de supervisión dirigido a los expedientes clínicos de consulta externa y aplicado por una comisión que años más tarde se llamó Auditoría Médica.

Los resultados obtenidos constituyeron un primer paso, pues parte del personal médico sintió la necesidad de este tipo de evaluaciones, a la vez las autoridades tenían un mejor conocimiento del funcionamiento de sus unidades y publicaban en forma oficial la metodología empleada, no obstante el cambio de nombre, la citada técnica seguía girando alrededor de la evaluación del expediente clínico, obteniendo en consecuencia resultados puramente cuantitativos y no del todo satisfactorios ya que las actividades practicadas adolecieron del enfoque integral que debe contemplar toda auditoría.

En 1955 se organizó la Auditoría Médica para ser realizada en las clínicas de consulta externa y hospitales bajo la forma de revisión del contenido del expediente clínico.

La información obtenida fue útil para las autoridades; sin embargo, el cuerpo médico consideraba al procedimiento como fiscalización de sus actividades y la respuesta no fue siempre satisfactoria.

A pesar de ello, se logró su implantación a nivel nacional.

En 1961 el IMSS, se hacía cargo del Centro Médico Nacional, dotado con los mejores recursos en instalaciones, equipos y un seleccionado personal, por lo que se obligaba a ofrecer medicina de óptima calidad.

En 1965, bajo el impulso del Dr. González Montesinos fue necesario ampliar el grupo de Auditoría Médica, creando comisiones para cubrir los Hospitales.

El trabajo era arduo y los resultados obtenidos en general, eran sa

tisfactorios, logrando sensibilizar a una mayoría de los médicos, de la utilidad del procedimiento, así mismo se lograba mejoría en la elaboración de los expedientes clínicos pues el hecho de saber que podían, ser sujetos a revisión hacía que sus notas, diagnósticos y prescripciones fueran elaboradas con mayor cuidado.

Por otra parte, de los expedientes revisados, se daba oportunidad de conocer aciertos, omisiones, insuficiencias y los médicos al -- percatarse de sus fallas, iniciaban la mejoría y solución de los mismos.

De 1968 a 1970, el procedimiento funcionó con dificultades, pues se le dió como enfoque el de obtener una información copiosa de un gran número de expedientes que le proporcionaban a las computado-- ras para capturar aquellos datos de mayor interés o frecuencia.

Esta profusión no permitió una análisis satisfactorio, ni dió los resultados esperados.

Sin embargo, esos años, dieron todo tipo de experiencias, y oportu-- nidad de superar el procedimiento de trabajo que cambió el nombre a Evaluación Médica, esta etapa es importante por incorporar a los médicos a las sesiones de revisión, realizando una "auto-evalua-- ción" de sus actividades.

El cambio en el nombre lo realizó el IMSS en 1970 siendo bien acep-- tado por los médicos, y en el período de 1970 a 1976 se lograron - nuevos adelantos como la evaluación de las actividades de enferme-- ría y de los traslados de una unidad a otra, de los pacientes.

De 1976 a la fecha, se tienen prácticas de tipo cualitativo y cuantitativo.

Durante la década de los 70's, el INSS organizaba y difundía a todo el país, la Auditoría Médica o Evaluación, incorporando los ya mencionados servicios generales y orientadores que apoyaban los estudios cualitativos.

También se lograban evaluar aspectos específicos como los expedientes de casos de defunción y las hojas de tránsito de pacientes entre las unidades médicas.

En el hospital del niño del IMAN, se hacía auditoría del expediente clínico en 1973 encabezada por el Dr. Luis Duran Romano.

Posteriormente, ya bajo el nombre de Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) la dirección de Servicios Médicos designó al Dr. Luis García Antillón para implantar el procedimiento de Auditoría Médica a nivel nacional.

En 1981 la Auditoría Médica funcionaba en forma de auto-evaluación eliminando el procedimiento de calificar numéricamente, iniciándose la auditoría cualitativa tanto en el área de asistencia como en las de Enseñanza, Investigación y Administración.

Finalmente, en diciembre de 1983, la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud de la Secretaría de Salud decidió implantar el procedimiento de Auditoría Médico-Administrativa el cual fue necesario reestructurar para abarcar ya no sólo el contenido del expediente clínico sino incorporar otras áreas que permiten hacerlo --

más completo como el aspecto asistencial, análisis de la morbilidad, índice de ocupación, porcentaje de días-cama, rendimiento horas-médico, mortalidad, etc.

Asimismo el conocimiento de las actividades de enseñanza e investigación que permitan conocer el balance adecuado de estas tres áreas, instituyendo para esto el Comité de Auditoría Médica Externa de los Institutos Nacionales de Salud.

Lo anterior permite detectar en forma indirecta aquellos obstáculos que impidan otorgar la atención médica de óptima calidad al paciente, pues, conociendo líneas rojas que dependen del área administrativa, son estas personas las encargadas de proporcionar los recursos materiales adecuados, oportunos para el mejor funcionamiento de los servicios.

Los resultados obtenidos de las Instituciones mencionadas definitivamente comprueban los beneficios del procedimiento de Auditoría Médico-Administrativa ya que permiten en diferentes niveles corregir y mejorar desde fallas frecuentes en el manejo de los enfermos hasta aquellas que por su importancia sobre todo económicamente -- llegan a las autoridades superiores para ser valoradas y encontrar alternativas de solución adecuadas.

#### 4.2. CONCEPTO DE AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA

La auditoría a los sistemas de atención médica se ha desarrollado en forma arrolladora durante los últimos veinte años y esa rapidez no ha permitido que los conceptos sean claramente definidos.

Se han utilizado muchos términos que se consideran sinónimos sin que realmente lo sean, por lo que se precisa la acepción con la que se usan vocablos como auditoría, evaluación, calidad, eficacia, eficiencia y efectividad que serán discutidos en este capítulo con el propósito de invalidar el que no sea representativo para la técnica que se propone, así como adoptar los términos que sean adecuados.

**Evaluación.**- El término "evaluar" viene del francés -evaluer- y del latín -valere- y se refiere a valorar, a atribuir cierto valor o mérito a una cosa.

Un estudio cuidadoso del término "evaluación" en la literatura revela una mezcla intrincada de definiciones conceptuales y definiciones operacionales.

Las definiciones conceptuales no intentan ninguna formalidad lógica sino más bien ofrecen una lista de características -- descriptivas de la evaluación como proceso cognoscitivo y -- afectivo.

Las definiciones operacionales se concretan en los propósitos de la evaluación y en los procedimientos involuntarios -- en un estudio de evaluación.

La Asociación Americana de Salud Pública (A. P. H. A.) ofrece la siguiente definición la cual tiene componentes conceptuales y operacionales.

"Evaluación es el proceso de determinar el valor o cuantía -

de éxito en alcanzar un objetivo predeterminado". (11)

Vista de esta manera la evaluación es el proceso de determinar el valor o cuantía de éxito para alcanzar un objetivo.

**Auditoría.-** Proviene de la voz latina -auditare- que significa oír, escuchar.

En el área administrativa, es considerada como el examen integral de cualquier organización, que permite conocer objetivamente los métodos de control, medios de operación y empleo de sus recursos.

Por lo que esta investigación rechaza como término carente de las características de este procedimiento al de "Evaluación" dándole crédito al de "Auditoría" por considerársele más adecuado.

Pudiéndose elaborar, para efectos de este trabajo de investigación la definición de Auditoría Médico-Administrativa como:

La revisión integral de los procedimientos médicos y administrativos efectuados en unidades médicas, con el objeto de determinar el nivel de eficiencia de las actividades realizadas, de acuerdo con los objetivos establecidos, sugiriendo cursos de acción que coadyuven a la optimización de tales procedimientos.

(11) AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION.: "Glosary of Administrative Terms in Public Health". págs. 225 y 226.

En la definición anterior se utilizó el término eficiencia por ser el adecuado después de haber realizado el siguiente estudio breve entre eficacia, eficiencia y efectividad.

Términos de moda que se escuchan frecuentemente o se leen en declaraciones de funcionarios, periodistas, locutores de televisión y otros líderes sociales.

No es raro que sean unidos por una conjunción, seguramente sin conocer el significado preciso de ellos, ya que la eficacia puede alcanzarse sin eficiencia; en cambio la eficiencia incluye siempre la eficacia.

Existe además otra expresión que algunos técnicos utilizan ocasionalmente, que es la efectividad, la cual obliga a ser definida por el que la expresa, ya que hay varias acepciones de la palabra.

Eficacia.- En su definición más simple, es el logro de los objetivos.

Eficiencia.- Es el logro de los objetivos pero haciendo uso del mínimo de recursos.

Así pues no se pueden mencionar los dos con una conjunción.

Duhalt Krauss dice que "la eficacia se relaciona con la medición de los resultados deseados como consecuencia de su expresión específica y de las operaciones prescritas". (12)

Deniston señala que "la eficacia consiste en estimar la extensión en que se

(12) DUHALT KRAUSS M.: "Reforma Administrativa". pág. 40.



logró un objetivo como resultado de la actividad programada"; el mismo autor usa otra definición, absolutamente compatible con la anterior; "es la estimación o medición entre el logro planeado y el real". (13)

Dado que no existe desacuerdo acerca de la acepción del término no se esta conforme con lo anotado.

Alastair Campbell dice que "en los sistemas de atención médica la eficacia se mide en relación al acceso a la calidad y a la integración de los servicios proporcionados". (14)

La eficiencia es un término económico que se relaciona con la pregunta, ¿hay alguna forma de hacerlo mejor? o sea que se relaciona con costos, tiempos, personal y ventajas obtenidas por el público.

Aún los hospitales que no tienen fines lucrativos pueden tener una forma de maximizar sus resultados y su uso sin obtener ganancia.

En la Física, la eficiencia es la proporción entre la energía resultante de los objetivos alcanzados y los recursos utilizados.

La eficiencia se alcanza cuando los objetivos se obtienen con el gasto mínimo de recursos, Cochrane además de mencionar el uso óptimo de personal y materiales para llegar al resultado, objeta: "se le ha relacionado con el costo-beneficio, pero a este último enfoque se le ha señalado tanto y tan super-

(13) DENISTON O. L., ROSENSTOCK I. M., WALCH W., GELTING V. A.: "Evaluation of Program Efficiency". pág. 15.

(14) CAMPBELL ALASTAIR: "Medicina". pág. 29.

ficialmente en medicina, que siendo tan valioso tiene el peligro de llegar a ser ridículo, si no se le toma con el significado serio que se merece".

(15)

En cuanto al término efectividad, Brook la define así: "Es el beneficio de un programa o procedimiento cuando se usa por un proveedor de atención médica de tipo promedio en una comunidad promedio".

#### 4.3. OBJETIVOS DE LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA

Es importante no olvidar que los objetivos de la auditoría no son eliminar el error de la medicina.

El error es inherente a la práctica médica debido a que las decisiones médicas dependen del juicio humano.

En pocas oportunidades la decisión se toma bajo certeza; en la mayoría de las ocasiones, sin embargo, las decisiones se toman bajo riesgo o bajo incertidumbre.

Todos los médicos están sujetos a errar. Sin embargo, parece razonable que un médico tratara de no repetir el mismo error.

El propósito de la evaluación de la calidad es detectar y rectificar errores repetidos o sistemáticos, sea en individuos o en instituciones.

En otras palabras, los objetivos son dobles: disciplinarios y educacionales. Dado que se espera que los errores groseros y persistentes sean poco comunes, el elemento educacional en la evaluación de la calidad será más signifi-

(15) COCHRANE A. L.: "Efectividad y Eficiencia". pág. 30.

ficativo que el disciplinario.

Sin embargo los objetivos pueden entrar en conflicto en una forma importante. Si el personal ve la auditoría como una amenaza externa, asumirá actividades defensivas, las cuales impedirán el aprendizaje.

Para que el objetivo educacional se logre, la auditoría debe llevarse a cabo en una atmósfera no amenazante en la cual el médico pueda sentirse seguro al someterse a la crítica.

Un sistema de atención médica se desarrolla siempre que sea beneficioso para la sociedad y hacia ese fin tiene que orientarse la evaluación.

Parece que aquí faltaría determinar cuál es el valor real que la población le da a la salud, ya que hay grupos sociales y épocas que la consideran como el máximo valor, en tanto que en otros ámbitos las desigualdades son -- tan notorias que existen segmentos de la población que le dan poca importancia.

En el caso anterior es necesario hacer explícitos los conceptos de la práctica aceptable, aunque es dudoso que los que aprecian en bajo grado la salud, puedan preocuparse por la calidad aún aceptando que el lego espera le sea útil en casos de emergencia o en situaciones específicas.

#### 4.3.1. CRITERIOS ACERCA DE CALIDAD

Calidad deriva del latín -quálitas, atis- y en sentido amplio equivale a "Cualidad". Herder, particulariza el concepto de calidad refiriéndolo a "clase, naturaleza, bondad; en oposición a cantidad, la calidad puede ser medida y evaluada con criterios subjetivos que -

deben ser claramente definidos". (16)

En psicodiagnóstico los criterios predominantes para la Auditoría de una ejecución son la calidad, la cantidad y el tiempo.

La calidad de una ejecución incluye el resultado y su grado de dificultad o complejidad.

Piaget, propone que "hay una calidad común en dos elementos tan pronto como ellos se relacionan en la acción y expresa que dos acciones distintas en sus intensidades tienen diferentes calidades, pero la relación de esas calidades es precisamente una cantidad". (17)

En general, las variables en cualquier programa de atención de salud deberá incluir componentes cuantitativos y componentes cualitativos, y las mediciones de las variables deberían reflejar ambas dimensiones.

En la mayoría de los casos las medidas cuantitativas solas no proveen una base suficiente para juzgar cuán adecuadamente se cumplen los componentes del programa.

Se necesita medir no solamente el número de actividades sino también la manera como se ejecutó cada actividad.

(16) HENDER, H.: "Encyclopedia of Psychology".

(17) BATTRO, ANTONIO. M, PIAGET.: "Dictionary of Terms".

La "calidad", por tanto, se define como el grado de conformidad, de similitud o de concordancia entre dos situaciones:

- a) La situación que ocurre en la realidad o situación estudiada, - versus.
- b) La situación deseable a ocurrir y que ha sido previamente definida y preestablecida en la norma o estándar.

La calidad se puede estudiar en dos formas:

- a) Por observación natural de las acciones que se llevan a cabo - en el servicio de atención médica, o.
- b) Por la definición previa de estándares.

Para ello puede ser útil el estudio de varios sistemas o de diversas unidades del mismo sistema para adjudicar las características.

La profesión médica tiene dos enfoques fundamentales acerca de lo que es calidad. "El primero, llamado enfoque absoluto, considera que debe ser conceptualizado como lo mejor que se le podría proporcionar a un paciente; incluye al personal más capacitado que - utiliza los mejores equipos que pudiera haber en cualquier parte del mundo.

El segundo, llamado pragmático o relativo define a la calidad como la mejor atención posible en una localidad dada que cuenta con el personal y equipo disponible. Es evidente que el primero sólo puede ser aceptado por grupos socio-económicos poderosos que habi

tan en grandes ciudades de los países desarrollados". (18)

#### 4.3.2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA AUDITORIA MEDICO-- ADMINISTRATIVA

##### Objetivo General:

Vigilar que la calidad de la atención médica y enseñanza que se imparte, así como la investigación practicada de los organismos descentralizados, se efectúen de acuerdo con los lineamientos establecidos en sus respectivos decretos constitutivos.

##### Objetivos Específicos:

Estudiar y analizar la cantidad, calidad y oportunidad de las actividades asistenciales impartidas.

Estudiar y analizar la cantidad, calidad y enfoque de las actividades de enseñanza, tanto de pregrado como de postgrado, nacionales e internacionales, que se imparten.

Estudiar y analizar la cantidad, calidad y enfoque de los trabajos de investigación que se efectúan.

Verificar el equilibrio entre la calidad, cantidad y oportunidad de asistencia, enseñanza e investigación que se práctica.

Conocer la disponibilidad y capacidad de los recursos humanos y -

(18) DICKSON, ROBERT, C.: "The Quality of Medical Care". pág. 18.

materiales del organismo.

Sugerir soluciones a las desviaciones que entorpezcan el logro de los objetivos de la institución.

Dar seguimiento a lo propuesto, para verificar la corrección de la problemática de la institución.

#### 4.4. COMITE DE AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA Y SUS FUNCIONES

Para efectuar una revisión integral de los procedimientos realizados en una Unidad Médica, se requiere un grupo de trabajo interdisciplinario, formado por:

- a) **Asesores Médicos:** Que cuenten con la suficiente experiencia teórico - práctica en el ambiente hospitalario, que permita conocer los requerimientos indispensables, tanto en cantidad y calidad para:

-Brindar atención médico-asistencial adecuada a pacientes de tercer nivel.

-Impartir enseñanza continua y de postgrado.

-Realizar investigación científica tendiente a prescribir las normas o reglas para la atención médica de la rama o especialidad que compete tanto a la institución como al servicio auditado.

- b) **Asesores Administrativos:** Quien en coordinación con el profesional médico, recopilan, organizan y analizan la información médico-administrativa que teóricamente genera la institución y servicio auditados con el

objeto de determinar entre otros datos los siguientes:

-El nivel de atención médica impartida de acuerdo con el diagnóstico de los pacientes (morbilidad), tratamientos y estudios especiales, cirurgías, etc.

-La calidad de atención médica, con base entre otros indicadores de cantidad y causa de muerte de los pacientes (mortalidad), número de infecciones, complicaciones, etc.

-La cantidad de atención médica impartida, estudiando el número y grado de preparación del cuerpo médico:

Médicos de base (especialistas), médicos residentes (en estudio de especialización), médicos tutelarse (en cursos de actualización; tiempo que se destina a Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, etc., así como el personal paramédico y recursos materiales con los que se apoya la labor asistencial.

#### 4.5. LAS UNIDADES MEDICAS Y SUS FUNCIONES

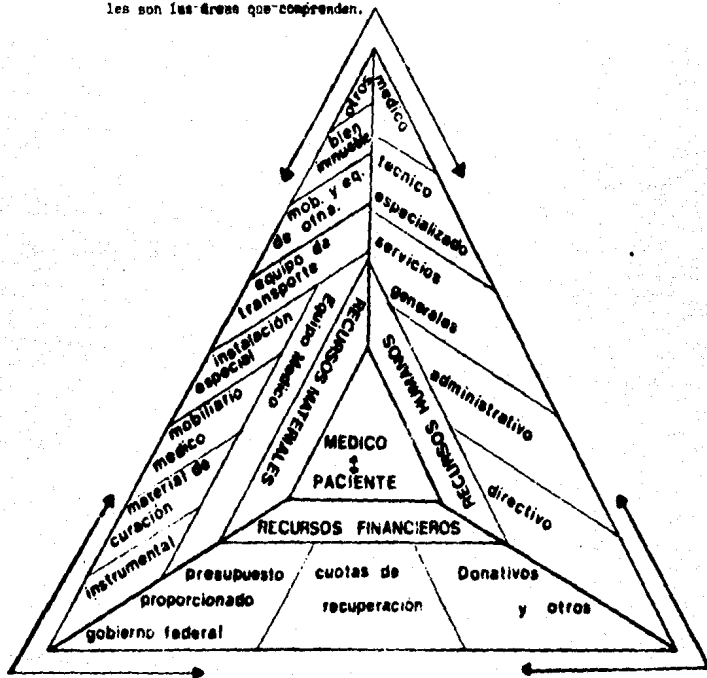
Ya que la Auditoría Médico-Administrativa tiene como centro de estudio a -- las Unidades Médicas se hace necesario conocer el concepto que se manejará como definición de estas unidades y la naturaleza de las actividades que en éstas se desempeñan para estar en condiciones de comprender el procedimiento que se utiliza para la implementación de la Auditoría Médico-Administrativa, que será explicado posteriormente.

Entiéndase por Unidades Médicas al conjunto de recursos directos y especifi



cos, destinados a impartir atención médica, pudiendo ser: consultorios, clínicas, centros de salud, hospitales o institutos.

Para llegar a una amplia comprensión de este concepto se elaboró el siguiente esquema donde se puede comprender como se relacionan los recursos y cuáles son las áreas que comprenden.

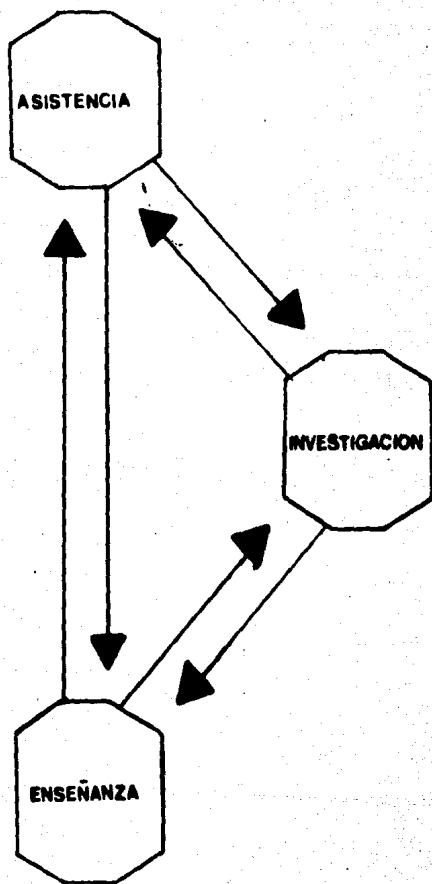


Funciones de las Unidades Médicas:

- a) Asistencia.- Es el conjunto de actividades efectuadas por el cuerpo médico, en lo relativo a la atención directa al paciente, entre otras: -- consulta externa, paso de visita a los pacientes hospitalizados, cirugía, etc.
- b) Enseñanza.- Son las actividades de supervisión directa, en la práctica de los médicos en formación (residentes, tutelares, etc.), y personal paramédico, realizadas por el personal médico de base, por ejemplo: revisión de casos de nuevo ingreso, discusión de casos problema, cursos de pregrado y postgrado, cursos monográficos, conferencias, jornadas médicas, sesiones bibliográficas, clínicas generales o de revisión de temas, etc.
- c) Investigación.- Es el estudio científico del comportamiento y/o tendencia de la patología atendida, con objeto de proponer y/o emitir los protocolos de prevención, diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades, realizadas por los médicos.
- d) Administrativas.- Es la coordinación de esfuerzos humanos, recursos materiales y económicos, para impartir buena calidad de atención médica - al menor costo posible.

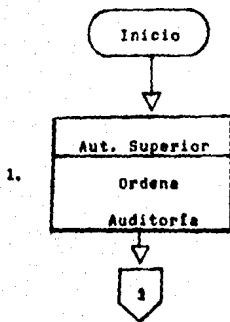
Como se muestra en la gráfica siguiente las actividades de:

Asistencia-Enseñanza-Investigación, son interdependientes, puesto que para impartir buena asistencia médica se requiere, un alto nivel de enseñanza y a su vez, una adecuada enseñanza se fundamenta en los resultados de los trabajos de investigación derivados de los problemas asistenciales y de enseñanza.

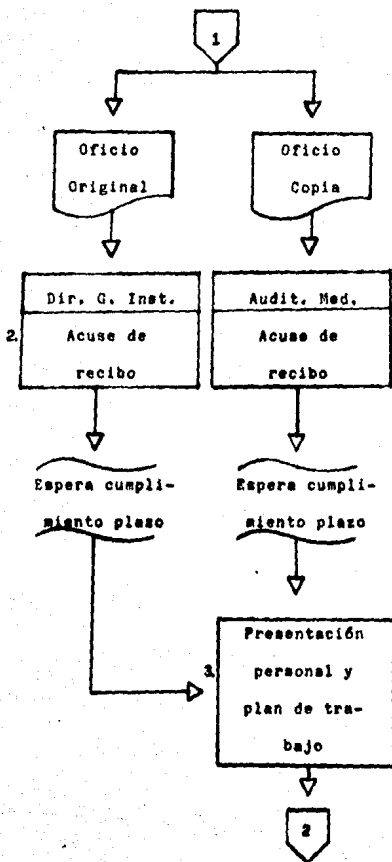


Es interesante que el auditor recuerde que la eficiencia de los principios de organización, depende del equilibrio en vista de las circunstancias particulares de cada caso, por lo cual, no es pertinente el señalamiento de parámetros rígidos de medición ya que el criterio médico juega un papel preponderante y variable, según la gravedad de los padecimientos que se presentan, la especialidad médica y el apoyo paramédico disponible.

4.6. DIAGRAMA DE FLUJO Y DESCRIPCION DE LOS PASOS DEL PROCEDIMIENTO DE LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA.



1. Las autoridades superiores disponen la realización de una Auditoría Médico-Administrativa Externa, girando un oficio a la Dirección General correspondiente, con copia al Comité de Auditoría Médico-Administrativa de los Institutos Nacionales de Salud.



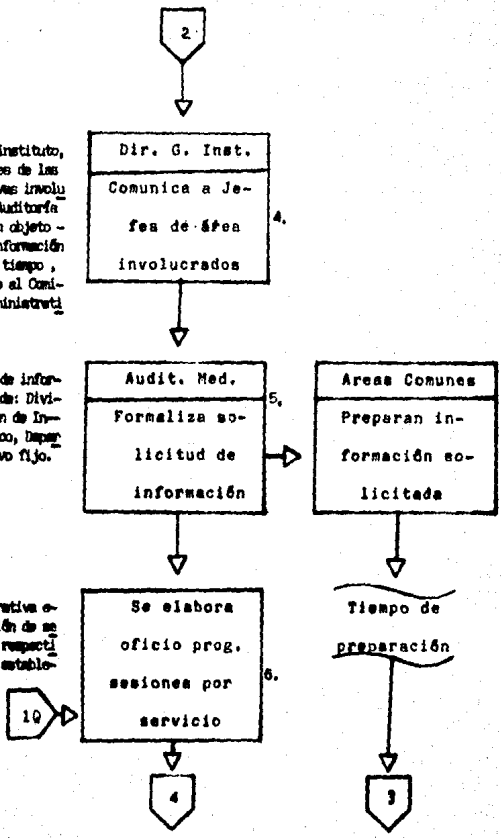
2. La Dirección General del Instituto por auditar y el Comité de Auditoría Médico-Administrativa, acusan de recibo la orden para iniciar la Auditoría.

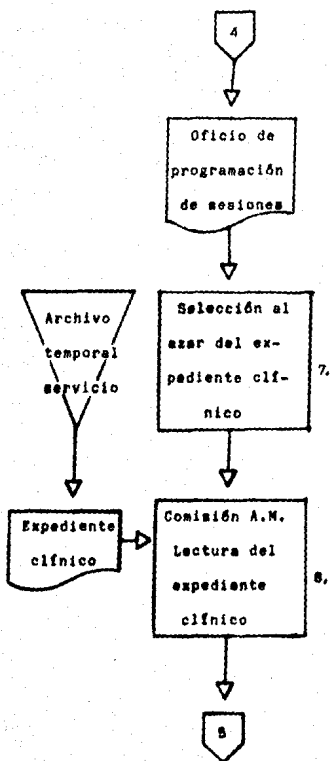
3. Se lleva a cabo la presentación del Comité de Auditoría Médico-Administrativa ante los Directivos del Instituto en conjunto, presentando el plan de trabajo y requerimientos de información.

4. La Dirección General del instituto, notifica a los responsables de las áreas médico-administrativas involucradas, el inicio de la Auditoría Médico-Administrativa, con objeto de que se facilite toda información correspondiente, al mismo tiempo, se asigna lugar de trabajo al Comité de Auditoría Médico-Administrativa.

5. Se formaliza la solicitud de información a los responsables de: División de Enfermas, División de Investigación, Archivo Clínico, Departamento de Control de Activo fijo.

6. Auditoría Médico-Administrativa elabora oficina de programación de sesiones del servicio médico respectivo, de acuerdo al programa establecido.

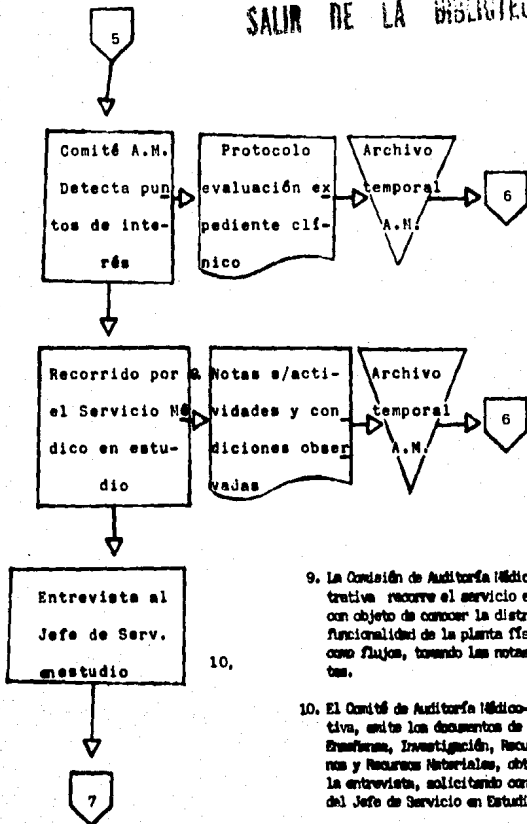




7. Auditoría Médico-Administrativa selecciona al azar el expediente clínico de un caso que se está estudiando en el momento de la Auditoría.

8. La Comisión de Auditoría Médico-Administrativa, de lectura al expediente clínico, para que el Comité de Auditoría Médico-Administrativa detecte los puntos de interés, consultables en el protocolo correspondiente, se obtiene la conformidad del Jefe de Servicio en estudio.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

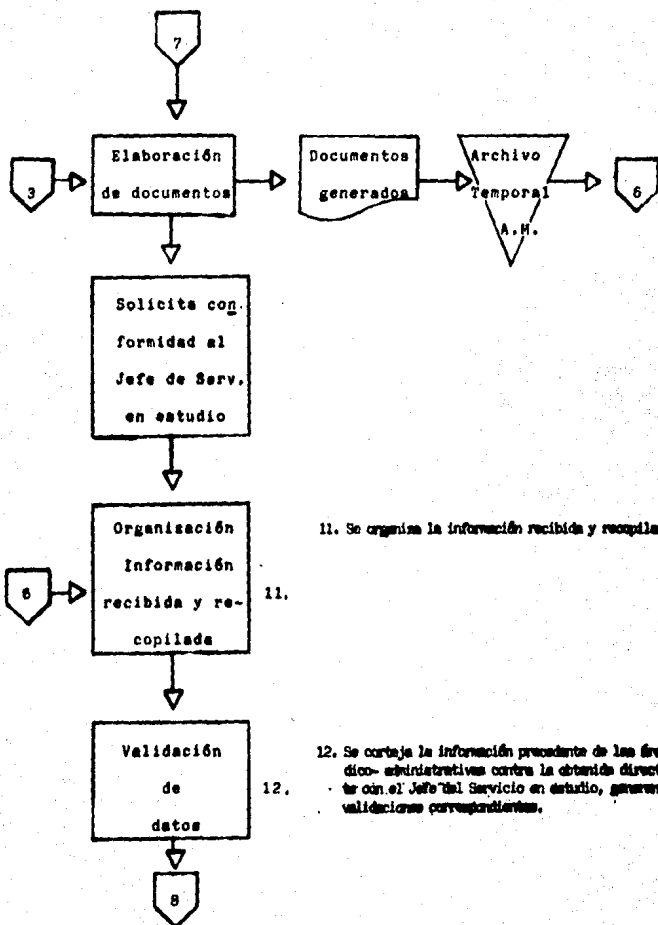


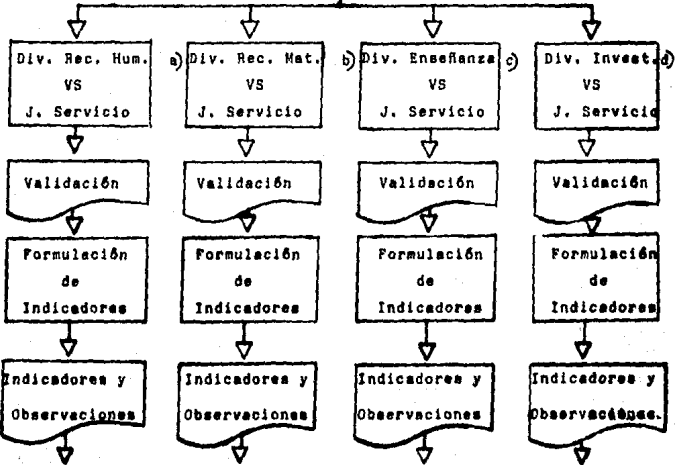
9. La Comisión de Auditoría Médico-Administrativa recorre el servicio en estudio, con objeto de conocer la distribución y funcionalidad de la planta física, así como flujos, tomando las notas pertinentes.

10.

10. El Comité de Auditoría Médico-Administrativa, revisa los documentos de Asistencia, Emergencia, Investigación, Recursos Humanos y Recursos Materiales, obtenidos en la entrevista, solicitando conformidad del Jefe de Servicio en Estudio.







13.

Indicadores y Observaciones

Indicadores y Observaciones

Indicadores y Observaciones

Indicadores y Observaciones

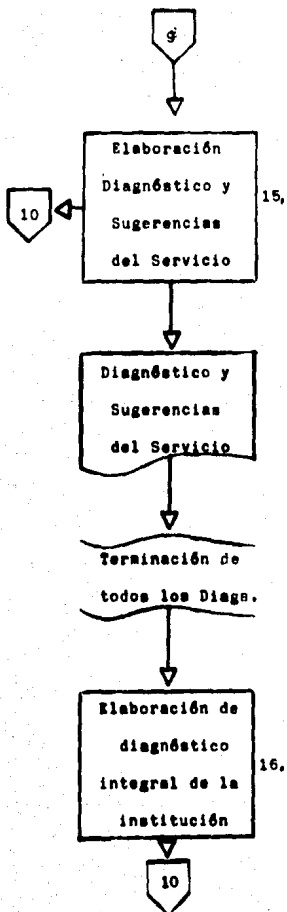
13. Valida la información, se procesa:
- a) Recursos Humanos, determinación de:
    - Hrs. méd. consultorio/No. consultas
    - Hrs. méd. enfermas/evantos impartidos
    - Hrs. méd. Invest/ trabajos terminados y en proceso
    - Hrs. méd. Quir/No. y tipo de cirugías
    - Hrs. méd. hosp/No. de ingresos, etc.
  - b) Recursos Materiales, se analiza: Antigüedad; equi po/planta físicas, funcionalidad, etc.
  - c) Enfermas, se estudia: Efectos, Tasa/auditado, etc.
  - d) Investigación, se estudia: Efectos, trabajos terminados
- Para el análisis de Enfermas e Investigación, se utilizan algunos indicadores descritos en Recursos Humanos y Materiales.

14.

Confrontación Indicadores de Audit. Méd. VS Estadísticas

14. Confrontación de indicadores y observaciones obtenidos por el Comité de Auditoría Médico-Administrativa, contra los indicadores y estadísticas proporcionados por Archivo Clínico.

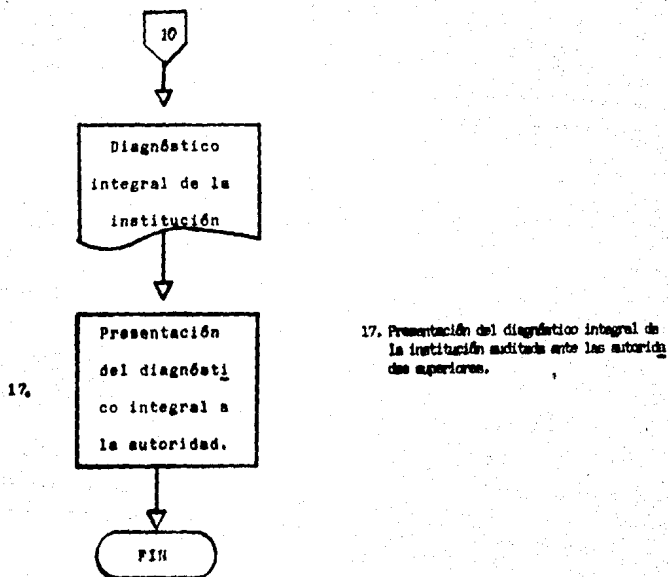




15. Se elabora el diagnóstico y sugerencias del servicio en estudio.

Se repite el procedimiento desde la actividad 6, para cada servicio por estudiar.

16. Con el diagnóstico y sugerencias de todos los servicios programados, se procede a elaborar el diagnóstico integral de la institución estudiada.



#### 4.7. GENERALIDADES DEL PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA

Una vez expuesto el diagrama de flujo del procedimiento se realizará un desglose de este sistema, de donde se abstraerán aquellos puntos que se consideran clave de la Auditoría Médico-Administrativa de los cuales son: recopilación de datos; organización de datos; verificación, análisis e interpretación de datos, elaboración de diagnóstico y sugerencias y presentación del informe, de los que se explicará su función y la magnitud que abarca cada uno, con el objeto de comprender mejor el procedimiento ya con estos elementos in-

tegrados a un todo, haciendo más clara la visión global del procedimiento.

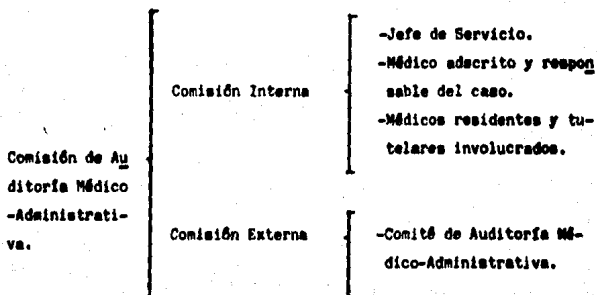
#### 4.7.1. RECOPIACION DE DATOS

##### I. Asistencia Médica

La evaluación de la asistencia médica se realiza a través del expediente clínico y como objetivo primordial tiene el de conocer los problemas fundamentales que se presentan en el paciente a la vez nos brinda la oportunidad de entablar contacto con el personal del servicio respectivo y la observación directa de la forma y calidad del trabajo que se practica como rutina, así como la comprobación de la carga de trabajo que contienen los indicadores y estadísticas.

El expediente clínico a revisar será elegido al azar con el único requisito de pertenecer a un paciente en tratamiento.

Se procede a la revisión médica en la cual participan:



El expediente va siendo analizado punto por punto de acuerdo con -

las características del servicio en estudio, siguiendo la guía expuesta a continuación:

a) ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO

1. Identificación
2. Estructura familiar
3. Características sociales
4. Clasificación socio-económica

b) ESTUDIO PSIQUIATRICO-PSICOLOGICO

1. Antecedentes familiares psiquiátricos
2. Antecedentes familiares neurológicos
3. Antecedentes personales psiquiátricos
4. Antecedentes personales neurológicos
5. Antecedentes de alarma
6. Motivo de consulta
7. Diagnóstico descriptivo
8. Recomendaciones
9. Pruebas psicológicas
10. Justificación de pruebas psicológicas
11. Informe de pruebas psicológicas
12. Calidad de pruebas psicológicas
13. Pronóstico

c) ESTUDIO BIOLOGICO

1. Interrogatorio:

- Antecedentes de alarma
- Antecedentes hereditarios y familiares
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Síntomas principales
- Padecimiento actual
- Terapéutica y exámenes previos
- Diagnósticos anteriores

## 2. Exploración Física:

- Peso actual
- Gráfica de peso
- Talla actual
- Gráfica de talla
- Perímetro cefálico
- Perímetro torácico
- Perímetro abdominal
- Fondo uterino
- Frecuencia cardíaca
- Pulso
- Tensión arterial
- Gráfica de tensión arterial
- Temperatura
- Frecuencia respiratoria
- Inspección general
- Cabeza
- Región oculo-palpebral
- Fondo de ojo
- Oídos, nariz y garganta
- Bucco-dental
- cuello
- Campos pulmonares
- Área precordial
- Mamas
- Abdomen
- Genitales
- Ano-rectal
- Piel y anexos
- Sistema músculo-esquelético
- Neurológico
- Sistema vascular periférico

- Sistema ganglionar
- Región afectada
- Diagnóstico establecido
- Plan de estudio
- Plan de manejo

d) AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

1. Laboratorio-indicación
2. Laboratorio-informe
3. Gabinete-indicación
4. Gabinete-informe....-
5. Anatomía patológica-indicación
6. Anatomía patológica-informe

e) NOTAS CLINICAS

1. Nota Inicial:

- Síntesis de manifestaciones subjetivas
- Síntesis de datos objetivos
- Análisis del caso
- Plan de estudio
- Plan de manejo
- Pronóstico
- Justificación de internamiento

2. Nota de Revisión:

- De los diagnósticos
- De los planes de manejo
- De los resultados de laboratorio
- Pronóstico



### 3. Nota de Actualización:

- Resumen adecuado del caso
- Comentarios diagnósticos
- Comentarios pronóstico
- Comentarios a los planes seguidos

### 4. Nota de Evolución:

- Calidad
- Frecuencia
- Valoración del plan de estudio
- Justificación de interconsulta (s)
- Comentarios pronóstico
- Solicitud de estudio médico social
- Citas
- Interpretación de resultados de laboratorio y gabinetes
- Justificación de nuevos auxiliares de diagnóstico
- Nota (s) del (los) médico (s) consultado (s)
- Justificación de participación de medicina preventiva

### 5. Nota de Egreso:

- Resumen de los diagnósticos y/o problemas
- Problemas pendientes
- Resumen de la evolución
- Resumen del tratamiento médico
- Resumen del tratamiento quirúrgico
- Recomendaciones
- Pronóstico
- Citas
- Causa de la defunción

### 6. Nota de Traslado de Pacientes:

- Justificación
- Calidad
- Contenido

f) TERAPEUTICA MEDICA

1. Indicación
2. Posología
3. Vía de administración
4. Tiempo de administración
5. Soluciones hidroelectrolíticas
6. Transfusión de sangre
7. Oxigenoterapia
8. Fototerapia
9. Complicaciones
10. Tipo de dieta
11. Calorías de la dieta
12. Horario de dieta
13. Radiaciones o medicina física-indicaciones
14. Dosis y/o número de sesiones
15. Radiaciones o medicina física-complicaciones

g) TERAPEUTICA QUIRURGICA

1. Cirugía Mayor o Menor:

- Nota preoperatoria
- Nota operatoria
- Nota postoperatoria
- Complicaciones
- Resultados

2. Partos:

- Trabajo de parto
- Resumen del parto

- Puerperio
- Complicaciones
- Resultados

### 3. Anestesia:

- Nota preanestésica
- Nota de anestesia
- Nota de postanestesia

## h) MEDICINA PREVENTIVA

1. Inmunizaciones activas
2. Inmunizaciones pasivas
3. Prueba biológica
4. Registro de enfermedades de interés epidemiológico
5. Acciones tomadas
6. Notificación

## i) SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

1. Comentario de los diagnósticos
2. Diagnósticos y/o problemas pendientes
3. Seguimiento de inmunizaciones
4. Tratamiento seguido y resultados
5. Recomendaciones
6. Cambios en el pronóstico

## j) PRESENTACION DEL EXPEDIENTE

1. Orden

2. Integridad
3. Pulcritud
4. Legibilidad
5. Encabezados
6. Empleo de los nombres comerciales
7. Nombre, firma, y clave del médico

Es importante que en cada uno de los espacios se deje bien señaladas las observaciones convenientes, haciéndose un análisis de causas proponiendo las sugerencias.

## II. Indicadores y Estadísticas Hospitalarias

Los indicadores y estadísticas hospitalarias, son el instrumento de apoyo para conocer el grado de aprovechamiento de los recursos disponibles, así como de la calidad y oportunidad de la atención médica que se imparte.

Los indicadores y estadísticas solicitadas para este trabajo, son informes de rutina, estandarizados internacionalmente los cuales contienen términos sugeridos por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud, los cuales deben ser generados y actualizados por cada unidad médica.

Los documentos de apoyo deben estar disponibles de inmediato con el fin de no causar cargas de trabajo adicionales al departamento de archivo clínico.

La información más relevante para este tipo de estudio, según las características del servicio es:

a) CONSULTA EXTERNA

Entiéndase como la atención impartida en consultorio por un médico, con objeto de estudiar los síntomas que presenta el paciente para prescribir el tratamiento adecuado, orientado a mantener y/o recuperar la salud del consultante; existen dos clases de consulta:

1. De Primera Vez:

Es el contacto inicial paciente-médico; pudiendo ser primera vez al hospital o a determinado servicio; aquí es donde se abre el expediente clínico correspondiente, para brindarle al paciente el seguimiento adecuado.

2. Subsecuente:

Es la atención médica impartida con objeto de vigilar el tratamiento y evaluación de la patología detectada. El tiempo médico/consulta promedio, es de veinte minutos, según la especialidad en cuestión.

b) INTERCONSULTA

Es la solicitud efectuada por un servicio a otro, para el tratamiento integral de los pacientes que así lo requieran.

c) INGRESOS

Es el número de pacientes hospitalizados en un período dado, con fines de diagnóstico, tratamiento o estudio.

d) EGRESOS

Es la salida de los pacientes en un periodo dado de un servicio de hospitalización, pudiendo ser vivos o muertos.

e) INDICE DE MORTALIDAD

Es la relación existente entre:

$$\frac{\text{Egresos muertos de un periodo dado}}{\text{Ingresos de un periodo dado}} \times 100$$

f) PORCENTAJE DE OCUPACION CAMA

Es la relación existente entre:

$$\frac{\text{Total días-paciente del periodo estudiado}}{\text{Número de camas por número de días periodo}} \times 100$$

g) PROMEDIO DIAS ESTANCIA

Es la relación existente entre:

$$\frac{\text{Total días-pacientes del periodo estudiado}}{\text{Total egresos periodo estudiado}} \times 100$$

h) INDICE DE ROTACION

Es la relación existente entre:

$$\frac{\text{Total egresos del periodo en estudio}}{\text{Promedio camas disponibles del periodo en estudio}} \times 100$$

i) CAMAS CENSABLES

Número de camas destinadas a la hospitalización de pacientes.

j) CAMAS NO CENSABLES

Número de camas destinadas a la atención de pacientes transitorios y que ya cuentan con cama hospitalaria por ejemplo: de urgencias, de terapia intensiva, de aislamiento; de tratamientos, estudios y procedimientos especiales, de curación de recién nacidos sanos, etc.

k) MORBILIDAD

Diagnóstico principal de los pacientes en un período dado.

l) MORTALIDAD

Enfermedad que causa la muerte de los pacientes en un período dado.

m) CIRUGIAS, PROCEDIMIENTOS ESPECIALES, ESTUDIOS ESPECIALES, TRATAMIENTOS ESPECIALES, CURACIONES, ETC.

Nombre y frecuencia de cada evento realizado por el servicio - en el período de estudio.

Como complemento e independientemente, se solicita al Archivo Clínico, la información semestral y/o anual que genera la institución rutinariamente, con el objeto de correlacionar datos y verificar -

el contenido de los indicadores departamentales antes citados.

Los indicadores por analizar, son solicitados al Departamento de - Archivo Clínico, de acuerdo con las características y necesidades - del servicio, es decir, se clasifica de la siguiente manera:

CUADRO N.º.1

1. Consulta Externa	-Consulta Externa -Enseñanza
2. Urgencias	-Consulta Externa -Hospitalización -Cirugía -Curaciones -Tratamientos y Estudios Especiales -Enseñanza
3. Especialidad Médica	-Consulta Externa -Interconsulta -Hospitalización -Tratamientos y Estudios Especiales -Enseñanza -Investigación
4. Especialidad Quirúrgica	-Consulta Externa -Interconsulta -Hospitalización -Cirugía -Curaciones -Tratamientos y Estudios Especiales -Enseñanza -Investigación

A continuación se presenta una matriz que ilustra los indicadores que genera cada servicio, según sus características.



CUADRO N<sup>o</sup>. 2  
 MATRIZ DE INDICADORES SEGUN LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO

INDICADOR \ TIPO DE SERVICIO	CONSULTA	URGENCIAS	DE ESPECIALIDAD	
			MEICA	QUIRURGICA
MORBILIDAD	X	X	X	X
MORTALIDAD		X	X	X
CONSULTA EXTERNA	X	X	X	X
N <sup>o</sup> INTERCONSULTA			X	X
INGRESOS		X	X	X
EGRESOS VIVOS		X	X	X
EGRESOS MUERTOS		X	X	X
INDICE DE MORTALIDAD		X	X	X
% OCUPACION CAMA		X	X	X
PROMEDIO DIAS ESTANCIA		X	X	X
INDICE DE ROTACION		X	X	X
CIRUGIAS				X
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	X	X	X	X
ESTUDIOS ESPECIALES	X	X	X	X
TRATAMIENTOS ESPECIALES	X	X	X	X
CURACIONES	X	X	X	X
N <sup>o</sup> CAMAS CENSABLES			X	X
N <sup>o</sup> CAMAS NO CENSABLES		X	X	X

### III. Enseñanza

#### a) DIVISION DE ENSEÑANZA

Se solicita a la división correspondiente:

1. El programa de actividades docentes del período en estudio; la participación del cuerpo médico de los servicios por auditar en eventos intrahospitalarios, extrahospitalarios, nacionales e internacionales.
2. La plantilla autorizada de los médicos en formación (residentes, tutelares, etc.), correspondiente a los servicios por auditar.

#### b) SERVICIO AUDITADO

1. Por medio de una entrevista con el jefe de servicio en estudio, se recopila la información detallada de cada actividad docente efectuada en el período estudiado por el cuerpo médico del servicio, así como: nombre del evento, fecha, sede, tema expuesto y nombre del ponente.
2. Del mismo modo, se solicita algún documento que acredite la asistencia a los eventos antes citados, y de ser posible, un ejemplar del contenido de la ponencia.

### IV. Investigación

#### a) DIVISION DE INVESTIGACION

Se solicita a la división correspondiente la relación de los trabajos registrados en el periodo en estudio, por cada servicio sujeto a auditar, conteniendo por lo menos: tipo de investigación, nombre del evento, nombre del trabajo, fecha de inicio, fecha estimada de terminación, grado de avance, referencias bibliográficas y sobretiro en su caso.

b) SERVICIO AUDITADO

Por medio de una entrevista con el jefe de servicio en estudio, se recopila la información detallada y documentos que justifican cada trabajo de investigación en proceso, y en su caso, las citas bibliográficas correspondientes, así como sobretiro de los trabajos terminados en el periodo en estudio.

Se reitera que la eficiencia de los principios en que se basa la presente auditoría, depende del equilibrio en vista de las circunstancias particulares de cada servicio así como de la patología atendida, por ello, la descripción de la recopilación de datos de enseñanza e investigación, se presenta en forma muy general.

V. Recursos Humanos

a) DIVISION DE RECURSOS HUMANOS

Se solicita a la división correspondiente, la plantilla autorizada del personal de cada uno de los servicios por auditar del periodo en estudio, así como la relación de personal de enfermería asignado.

También se solicita la información correspondiente a número to--

tal de empleados en sus diversas categorías, a saber: directivo, médico, de enfermería, técnico especializado, administrativo, -- servicios generales, servicios subrogados.

b) SERVICIO AUDITADO

Por medio de una entrevista con el jefe de servicio en estudio, se recopila la información del número y categoría del personal - activo en su servicio durante el período en estudio, así como la valoración de la capacidad del elemento humano en el desempeño - de su trabajo.

VI. Recursos Materiales

a) CONTROL DE ACTIVO FIJO

Se solicita al departamento o sección correspondiente el inventario actualizado de cada servicio en estudio.

b) SERVICIO AUDITADO

Se solicita al jefe de servicio en estudio, verifique la existencia y condiciones de funcionamiento de los recursos materiales - contenidos en el inventario que proporciona el departamento de - control de activo fijo.

c) VISITA AL SERVICIO

Con objeto de observar el flujo de pacientes, médicos, enfermeras, material de curación, medicamentos, etc., así como las con-

diciones de las instalaciones y equipo con que cuenta el servicio.

Durante el tiempo destinado a la recolección de datos, por medio de las visitas y entrevistas que realiza el comité de auditoría, se observa detalladamente la forma y recursos de trabajo con que cuenta cada servicio; también en estas pláticas se sondea acerca de la efectividad e interrelación con otras áreas del organismo, elementos que servirán como puntos de apoyo en la verificación, análisis e interpretación de datos.

#### 4.7.2. ORGANIZACION DE DATOS

Una vez recopilada toda la información antes citada, se procede a clasificarla por rubros: asistencia, enseñanza, investigación, recursos humanos, recursos materiales.

Posteriormente se determinan las características y funciones de cada servicio conforme a lo señalado en el cuadro N°.1, para estar en condiciones de establecer los parámetros de medición, de acuerdo con la casuística atendida, recursos humanos y materiales disponibles durante el período en estudio.

#### 4.7.3. VERIFICACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

##### I. Verificación de Datos

Como el título sugiere, esta etapa del procedimiento, tiene como objetivo, verificar o determinar el grado de confiabilidad que podemos dar a la información obtenida, puesto que el riesgo de obtener información manipulada, incompleta o incierta, es demasiado elevado.

Por lo anterior, durante el diseño de formas para recopilación de datos, se planeó cuidadosamente, la manera de obtener información de -diversas fuentes, permitiendo establecer controles cruzados y así determinar la veracidad de la información recopilada.

La verificación de datos, se inicia formalmente una vez recopilada y organizada toda la información citada en el punto 4.7.1., de cada área en estudio, posteriormente se procede al análisis e interpreta--ción de datos como a continuación se describe:

La información factible de confrontar directamente es la de enseñanza, investigación, recursos humanos y recursos materiales, puesto -- que existen divisiones coordinadoras de estas actividades y también se retroalimentan con los documentos que así lo acrediten.

## II. Análisis e Interpretación de Datos.

El análisis de indicadores y estadísticas, se fundamenta en:

- Análisis estadístico
- Patología atendida
- Número y capacidad del cuerpo médico
- Número y capacidad del personal paramédico
- Planta física: horas consultorio, horas quirófano, número de camas, instalaciones especiales
- Servicios auxiliares de diagnóstico
- Cantidad, calidad del equipo médico
- Cantidad, calidad y oportunidad en el suministro de materiales de -consumo
- Estudios y procedimientos especiales
- Cirugías practicadas, etc.

#### 4.7.4. ELABORACION DEL DIAGNOSTICO Y SUGERENCIAS

Una vez organizada, validada, analizada e interpretada la información, se procede a redactar el diagnóstico y sugerencias de cada servicio, archivando temporalmente los diagnósticos y sugerencias departamentales hasta que se cumple con el programa de servicios por auditar.

#### 4.7.5. PRESENTACION DEL INFORME

Con el diagnóstico y sugerencias departamentales, así como el diagnóstico integral del instituto auditado, se manifiesta a las autoridades respectivas que conforme al programa de trabajo establecido, se culmina la Auditoría Médico-Administrativa, solicitando audiencia para efectuar la presentación del informe.

#### 4.8. PROBLEMAS DE LA AUDITORIA

Para que la auditoría sea aceptada por los proveedores del servicio es necesario que se lleve a cabo en grupos interdisciplinarios donde participen los interesados.

El diseño de la investigación para lograr el resultado justo, debe ser riguroso y basarse en propósitos y objetivos bien enunciados, dirigidos por un líder auténtico que proporciona recursos y seguridad evitando las presiones inútiles y que hacen explícitas las ventajas de la auditoría, sobre todo para aquellos que obtienen los mejores resultados.

Cuando no se logra el producto deseado se debe precisar cuál fué la causa:

-Inconsistencia del sistema o del subsistema

- Fallas en el proceso
- Fallas en la planificación
- Fallas en el estudio del contexto
- Fallas fragmentarias

Estas últimas, pudiendo afectar el todo: recursos insuficientes, tecnología cambiante, capacitación inadecuada, dirección incompetente, etc.

Quedan así explícitas las ideas de Brook y Donabedian de que la estructura, el proceso y el resultado son tres variables que deben considerarse para la auditoría y que los grupos interesados a nivel local deben tener la autoridad, la responsabilidad y la flexibilidad para poder actuar en los procesos y en los juicios de valor útiles para efectuar las conexiones necesarias.

Donabedian señala que dado que hay una estructura que permite que se efectúe el proceso, también hay un resultado como consecuencia natural, y este es el sujeto de auditar.

Es frecuente la confusión acerca de lo que se debe auditar, pero dado que -- los objetivos siguen una cadena, se debe definir cuáles son los intermedios u objetivos a corto plazo para poder auditar oportunamente los que se han valorado como más importantes y alcanzables a largo plazo.

Hay niveles para hacer la auditoría, pero dado que auditar cada uno de ellos sería antieconómico, se debe precisar cuál es el que tiene mayor impacto en el resultado total.

Otro problema es la falta de coherencia entre los objetivos de diversas áreas y el hecho de ser adaptados o modificados a cada nivel operativo.



El desplazamiento de un objetivo que refiere a los cambios que se efectúan en la práctica para que: 1) la organización pueda sobrevivir o estar mejor internamente, sin importar el resultado; 2) la burocratización o sea centrar las acciones en el procedimiento, como si este fuera el fin y no el medio.

A pesar de esos evidentes problemas, la única forma de orientar las acciones hacia el resultado deseado es la definición de objetivos, pues obliga a discutir puntos de vista diferentes y optar por los criterios de mayor significación y trascendencia, estructurando las diversas áreas para lograr el fin.

**CAPITULO V**

**CASO PRACTICO**

CAPITULO V  
CASO PRACTICO

5.1. CRITERIO UTILIZADO PARA LA SELECCION DE LAS AREAS O SERVICIOS POR AUDITAR.

Con objeto de demostrar la aplicación del procedimiento descrito, a continuación se presenta el diagnóstico integral, así como el diagnóstico y sugerencias de dos servicios, correspondientes a la Auditoría Médico-Administrativa practicada en un cuatrimestre de 1984.

Los cuales se identificarán con las letras "X" y "Y" por razones éticas, ya que este caso práctico está fundamentado en una Auditoría Médico-Administrativa real.

La elección de estos servicios fue en base a:

- a) Los servicios son los extremos de los resultados obtenidos en la citada auditoría, o sea el servicio "X" cumple activa y equilibradamente con las funciones que le corresponden; el servicio "Y" no satisface los requerimientos de un Instituto Nacional de Salud.
- b) Por corresponder cada servicio a especialidades médicas de las instituciones de corte académico e investigación, en las cuales se deben resolver enfermedades de tercer nivel.
- c) Por ser las áreas o servicios en que se atienden padecimientos de tercer nivel, son las que más reflejan la imagen o resultado que obtiene la organización. Generalmente, estos servicios, son los que realizan los trabajos de investigación científica, tendientes a prescribir las normas o reglas de atención médica de la especialidad correspondiente.

La presentación del caso práctico, se limita a los diagnósticos, debido a que incluir los datos recopilados revelaría la identidad de la institución y personal auditados, datos que no se juzgan conveniente citar.

Promoviendo, a estudiar el diagnóstico y sugerencias de todos los servicios auditados para redactar el diagnóstico integral de la institución en estudio.

## 5.2. ANALISIS DE DATOS RECOPIADOS EN LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO "X".

### ASISTENCIA:

- El expediente revisado resultó excelente.
- Indice de ocupación: 88 por ciento.
- Promedio de rotación: 2 pacientes por mes/cama.
- Promedio de estancia: 10 días.
- Indice de mortalidad: 12 por ciento. Alto.
- Se impartieron aproximadamente 17.7 consultas por día en 3 horas, de las cuales 3.5 fueron de primera vez y 14.2 subsecuentes destinándose en promedio 29 minutos a consulta de primera vez y 19 minutos a subsecuentes.
- La consulta se impartió lunes, miércoles y viernes por dos equipos:
  - a) Jefe de servicio y residente
  - b) Médico adscrito y residente
- Se pasa visita diario a los pacientes hospitalizados en el área, a los operados y a las interconsultas del hospital.
- Se revisan diario los casos de nuevo ingreso y se tienen juntas para discutir la indicación operatoria del paciente.
- Además, se hacen estudios especiales; se está instalando un área especial para estudio de Ultrasonido.
- El departamento de archivo clínico, no proporcionó adecuadamente la morbi-

mortalidad, y no informó procedimientos; sin embargo, el jefe de servicio cuenta con un archivo detallado, donde se puede obtener esta información.  
Apreciación: la asistencia es de muy buen nivel y activa.

#### ENSEÑANZA:

- La enseñanza tutelar es muy activa en la revisión diaria de los ingresos y participación de los casos problema con los cirujanos, perfusionistas, trabajadoras sociales, etc.
  - Realizan una sesión clínico-patológica propia del servicio, una vez por semana.
  - Se realizó un curso tutelar de la especialidad, además de la enseñanza adecuada a los residentes de pediatría.
  - Una vez al año, en el mes de agosto, se da un curso monográfico, con la participación de todo el personal del servicio e invitados extranjeros.
  - Hubo tres cursos monográficos en: julio, septiembre y agosto, para residentes, enfermeras y odontopediatras.
  - El jefe de servicio y un adscrito, asistieron al Congreso Nacional de la especialidad en Guadalajara, Jalisco en noviembre de 1983.
  - El jefe de servicio impartió un curso de la especialidad para centroamericanos en abril de 1984, en Tegucigalpa, Honduras, C.A.
  - La información proporcionada por el jefe de servicio y la enviada por la división de enseñanza, no coincide.
- Apreciación: la enseñanza es abundante y de buena calidad con enfoque adecuado.

#### INVESTIGACION:

- La división de investigación informó que el servicio no realizó trabajos an parados por protocolos registrados en esa dependencia.

-El jefe de servicio informó:

-Se terminaron 4 trabajos retrospectivos, de los cuales ya se presentaron - dos en Panamá y dos están por publicarse en el boletín del instituto.

-El único trabajo prospectivo, está al 40 por ciento de avances.

-La información proporcionada por el jefe de servicio y la enviada por la - división de enseñanza, no coincide.

Apreciación: la investigación es aceptable, suficiente y con el enfoque ade- cuado.

#### RECURSOS HUMANOS:

-El servicio cuenta con:

-1 jefe de servicio.

-3 médicos adscritos.

-2 médicos residentes de la especialidad.

-1 médico residente de Pediatría.

-1 médico tutelar.

-2 técnicos.

-1 secretaria.

-Se cuenta únicamente con 7 enfermeras en los tres turnos, para atender en promedio a 7 enfermos hospitalizados y apoyo al gabinete de la especiali-- dad.

Apreciación: el personal médico y técnico está equilibrado, siendo insufi-- ciente el personal de enfermería.

#### RECURSOS MATERIALES:

-Se observa que existe material con más de 15 años de antigüedad, que necesi ta reparación y/o reposición; sin embargo, también hay equipos electrónicos que aún funcionan adecuadamente.

- Se puede mejorar el registro y control de los recursos materiales.
- Con los recursos existentes y con lo que informaron que les surtirán (dos - desfibriladores, electrocardiógrafos, ultrasonido bidimensional, etc.), se tendrá el equipo suficiente para trabajar.
- El área física deja mucho que desear:
  - Lugares muy distantes de trabajo, con mala ventilación e iluminación, espacios muy pequeños con mucha gente en los pasillos, dando la impresión de - no existir salas de espera adecuadas.

SEPTIEMBRE, 1964.

### 5.3. EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO "K"

#### 1) OBSERVACION:

-El expediente clínico revisado causó excelente impresión.

#### CAUSAS:

- Limpio, escrito todo a máquina.
- Bien presentado
- Su contenido en la historia clínica, muy bueno.
- Supervisión adecuada y oportuna.
- Estudios especializados bien indicados y realizados.
- Ya presentado en sesión quirúrgica y aceptado.
- Dado de alta y citado para cuando pueda programarse cirugía.

#### SUGERENCIAS:

-Seguir igual.

**NIVEL DE RESPONSABILIDAD:**

**-Jefe de servicio.**

**2) OBSERVACION:**

**-El expediente no cuenta con el estudio socioeconómico.**

**CAUSAS:**

**-Se desconocen.**

**SUGERENCIAS:**

**-Debe incluirse en el expediente.**

**NIVEL DE RESPONSABILIDAD:**

**-Jefe de trabajo social.**

**3) OBSERVACION:**

**-La nota de ingreso es larga y con algunas repeticiones.**

**CAUSAS:**

**-Se ignora.**

**SUGERENCIAS:**

**-Debe incluirse a los residentes para elaborar este tipo de notas.**



NIVEL DE RESPONSABILIDAD:

-Jefe de enseñanza, jefe de residentes.

SEPTIEMBRE, 1964.

5.4. IMPRESION DE LA VISITA AL SERVICIO "X".

-La oficina del jefe del servicio se encuentra, estrecha, pero suficiente; tiene un archivo propio del servicio; abundante y valioso.

-Llevan registro en libretas de: consultas, interconsultas, cateterismos, electrocardiogramas, etc.

-Adjunto existe una pequeña sala de juntas que se comparte con otro servicio.

-En el mismo piso está la sala de terapia intensiva quirúrgica, en la que atienden a los operados de la especialidad que tienen que ser manejados conjuntamente con el servicio de cirugía correspondiente.

-En el piso, está la sala de hemodinamia, bien equipada y activa (hacen un promedio de dos estudios por día, siempre por un encargado que es un adscrito al servicio). No tiene desfibrilador propio en la sala de hemodinamia, pero el jefe comentó que pronto llegará, porque ya está autorizado.

-En el primer piso existe una oficina actualmente vacía, que se utilizaba para tomar electrocardiogramas, y que va a servir para instalar equipo nuevo y oficina del encargado.

-En la planta baja, tienen un pequeño local para tomar estudios, y los toma

una técnica, siendo en promedio quince por día.

-Cuenta con cinco equipos de los cuales: dos no funcionan.

-Tienen un consultorio en el primer piso, que comparten con dos servicios. Se imparte consulta los lunes, miércoles y viernes de 13:00 a 15:00 hrs., siendo un promedio de 25 consultas por día de las cuales cinco son de primera vez al servicio.

-Su sala de hospitalización, está en el primer piso, consta de cuatro camas y tres cunas, siempre está a su máxima capacidad. Cuenta con una enfermera especializada y una o dos enfermeras por turno.

-El servicio se observó muy activo y organizado. Sus áreas de trabajo se no tan reducidas, con carencias y muchos sitios, a veces distantes; sin embargo, todas las deficiencias se suplen con buena organización y mantenimiento.

SEPTIEMBRE, 1984.

#### 5.5. DIAGNOSTICO Y SUGERENCIAS DEL SERVICIO "X".

##### ASISTENCIA:

Calidad: adecuada

Cantidad: suficiente

Nivel: adecuado

**ENSEÑANZA:**

Calidad: buena

Cantidad: suficiente

Enfoque: adecuado

**INVESTIGACION:**

Calidad: aceptable

Cantidad: regular

Enfoque: adecuado

**RECURSOS HUMANOS:**

Calidad: adecuada

Cantidad: suficiente, exceptuando personal de enfermería.

**RECURSOS MATERIALES:**

Calidad: a discusión

Cantidad: a discusión

**SINTESIS:**

-Servicio de excelente nivel académico, muy activo.

-Se sugiere nota de la auditoría para el personal.

-Se recomienda reforzar las carencias de recursos materiales y planta física.

5.6. ANALISIS DE DATOS RECOPIADOS EN LA AUDITORIA MEDICO-ADMINISTRATIVA DEL SERVICIO "Y"

ASISTENCIA:

- El expediente analizado no tuvo ningún error y el manejo del paciente fue acertado.
- Su área de trabajo, dispone de los recursos necesarios, con algunos inconvenientes, como mala ubicación de la sala de nutrición, que está intermedia a las salas de la especialidad, el pasillo es estrecho y se utiliza como almacén; su mobiliario es desigual y anticuado.
- Índice de ocupación: 84 por ciento.
- Promedio de estancia: 17 días.
- Promedio de rotación: 3 pacientes por mes/cama.
- Índice de mortalidad: 15 por ciento.
- 990 consultas impartidas en el año en 150 horas por médico o sea, un promedio de diez minutos por consulta.
- No se informan consultas de primera vez.
- Los datos enviados por bioestadística y los proporcionados por el jefe de servicio, no coinciden.
- La morbilidad está insuficientemente informada, sin diagnósticos nosológicos y con terminología confusa.
- Apreciación: aparentemente es un servicio de buen nivel académico y se trabaja bien; sin embargo, los datos proporcionados por bioestadística, no lo confirman.

ENSEÑANZA:

- La docencia es de buena calidad y suficiente, a través de visitas médicas

diarias, revisión de casos de nuevo ingreso y casos problema, con todo el personal del servicio.

-Tienen dos sesiones bibliográficas a la semana.

-Participan en ocho sesiones generales de hospital: cuatro clínicas y cuatro clínico-patológicas.

-Asisten a diversos eventos intra y extrahospitalarios, nacionales e internacionales; pero no se tiene la información detallada.

-No coincide la información del jefe de servicio con la proporcionada por la división de enseñanza.

Apreciación: la enseñanza tutelar es aceptable, no contamos con información precisa para juzgar la enseñanza de postgrado a nivel institucional, ni de las participaciones fuera del hospital, tampoco internacional.

#### INVESTIGACION:

-Ninguno de los trabajos en proceso, se encuentran registrados en la división de investigación.

-Los tres trabajos, se iniciaron entre 1980 y 1981 y no se señala la posible fecha de terminación, ni el grado de avance.

Apreciación: investigación muy escasa y de calidad muy discutible.

#### RECURSOS HUMANOS:

-Cuenta con:

-1 jefe de departamento.

-3 jefes de sala.

-12 residentes:

4 R.I

4 R.II

2 R.III

2 tutelares

-Tienen autorizadas 81 plazas de enfermería; sin embargo, sólo están activas 41, para los tres turnos (14,14 y 13), con capacidad de 17 camas, 9 -- pulmotores y 44 cunas.

Apreciación: personal médico suficiente y calificado, personal de enfermería insuficiente.

#### RECURSOS MATERIALES:

-No fué ratificado el informe de recursos materiales "por falta de tiempo y por no corresponderles esa actividad a las enfermeras del servicio".

-En nuestras visitas se observó que tienen equipo e instalaciones suficientes, aunque algunas ya deterioradas por el uso.

Apreciación: no podemos valorarlo por inauficiencia de información.

DICIEMBRE, 1984.

#### 5.7. EVALUACION DEL EXPEDIENTE CLINICO DEL SERVICIO "V"

##### 1) OBSERVACION:

-No hay información del estudio social.

##### CAUSAS:

-Se ignora.

##### SUGERENCIAS:

-Tiene que estar completo el expediente.

NIVEL DE RESPONSABILIDAD:

-Jefe de trabajo social.

2) OBSERVACION:

-Caso correspondiente a la especialidad, con manejo general por los residentes, bien llevado.

SUGERENCIAS:

-Supervisar.

5.8. IMPRESION DE LA VISITA AL SERVICIO "Y"

-Consta de cuatro salas.- (I, II, III y IV) con 17 camas, 44 cunas.

-En todas las cunas y camas se dispone de tomas de aire y oxígeno.

-Hay una incubadora en la sala IV.

-Básculas y pesabebés antiguas, pero funcionando.

-En general las paredes, pisos y pasillos se encuentran limpios; pero deteriorados.

-La oficina del jefe del servicio es de buenas dimensiones mobiliario antiguo y en malas condiciones.

-Existe además área de enfermería mal ubicada, estrecha y mal ventilada.

-Cuarto clínico en aceptables condiciones.

-Un pasillo estrecho que se utiliza como almacén de aparatos diversos en servicio.

DIECIEMBRE, 1964.

5.9. DIAGNOSTICO Y SUGERENCIAS DEL SERVICIO "Y"

ASISTENCIA:

Calidad: a discusión

Cantidad: suficiente

Nivel: no valorable

ENSEÑANZA:

Calidad: no valorable

Cantidad: no suficiente

Enfoque: adecuado

INVESTIGACION:

Cantidad: nula

RECURSOS HUMANOS:

Calidad: buena

Cantidad: suficiente

RECURSOS MATERIALES:

No valorable

Síntesis; servicio que a nuestro parecer, no cumple con los requisitos de un hospital de tercer nivel.

DICIEMBRE, 1984.

5.10. DIAGNOSTICO INTEGRAL DEL INSTITUTO AUDITADO

I. La información proporcionada por el departamento de bioestadística y ar--



chivo clínico fué defectuosa por:

1. El material proporcionado inicialmente de las actividades del hospital, adoleció de los siguientes defectos importantes:

- a) No se entregó a tiempo.
- b) El informe de índices de ocupación, rotación y mortalidad, están equivocados.
- c) No concuerdan las cifras parciales con las totales.
- d) No informa consulta de primera vez en varios servicios.
- e) En los servicios de internamiento salen más casos de los que entran.
- f) No informa morbilidad o está mal.
- g) En relación al documento de 1984, sobre: estudios especiales, terapias especiales y cirugía, se observó:
  - El período evaluado está equivocado.
  - Los procedimientos especiales no corresponden.
- h) Las cifras finales están infladas.

II. El registro y control de recursos materiales, es defectuoso.

III. Los servicios funcionan y hacen su investigación apoyados en archivos -- privados y con información diferente a la de bioestadística y archivo -- clínico.

IV. La mayoría de los trabajos de investigación, no están registrados en la división correspondiente.

V. Las actividades de enseñanza no están debidamente registradas en la división correspondiente.

VI. El día 11 de diciembre de 1984, se recibió un documento "Reporte de morbilidad, septiembre 1983 a agosto 1984"., mismo que no se utilizó en forma cabal por haber llegado extemporáneamente.

-De la revisión de los servicios "X" y "Y" se demuestra que:

- a) La terminología utilizada es incorrecta.
- b) Incluyen padecimientos que no corresponden.
- c) Existen muchas repeticiones.

DICIEMBRE, 1984.

**CONCLUSIONES  
Y  
RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se ha podido verificar en el transcurso de esta investigación la calidad de la atención médica no sólo está sujeta a los recursos, organización y tecnología sino que una buena parte depende de factores humanos los cuales no pueden ser medidos tan fácilmente, pues, entran en juego variables como la educación, la motivación, la moral, las relaciones entre el personal y con los pacientes etc., por lo que no parece ser un pensamiento irracional que la actual crisis de mala práctica y de atención de baja calidad en la inmensa mayoría de las instituciones se relaciona con administración inadecuada, inercia burocrática, liderazgo débil y baja moral de trabajo del personal.

Para conocer y en parte estar en posibilidad de contrarrestar lo anterior se cuenta con la herramienta llamada Auditoría Médico-Administrativa, que aún no se sabe si va a dar todos los efectos positivos que se han pronosticado y que parecen sumamente optimistas, pero ya se pueden vislumbrar algunos resultados por medio de la Auditoría Médico-administrativa practicada durante 1984 en tres Institutos Nacionales de Salud, que ha permitido:

- a) Comprobar que la Auditoría Administrativa es una técnica de control susceptible de ser aplicada y adaptada en unidades médicas.
- b) Cuando la Auditoría Médico-Administrativa es implementada por un grupo interdisciplinario de médicos y administradores, y no únicamente por médicos, se logra una reducción de tiempo y aplicación, así como la posibilidad de analizar y solucionar el conflicto de dos criterios profesionales moldeados sobre diferentes bases teóricas pudiendo así reducir la incertidumbre en la toma de deci

siones.

c) El Comité de Auditoría Médico- Administrativa Externa proporciona a las autoridades información utilizada para:

-Subsanar carencias de personal y equipo detectadas.

-Poner especial atención en el mantenimiento y control de inventarios.

-Actualizar las cuotas de recuperación.

-Revisar el procedimiento de generación y procesamiento de datos de archivo clínico.

-Enviar notas meritorias al personal de los servicios que cumplen con los objetivos particulares y generales de su institución.

d) Comprobar que la eficiencia de los principios aplicados en la Auditoría Médico-Administrativa, depende del equilibrio de las circunstancias del caso particular, lo cual motiva, entre otros cambios, la modificación de los formatos y algunas veces la secuencia del procedimiento descrito.

e) El diagnóstico integral, en ocasiones, pone de manifiesto la necesidad de efectuar revisiones, auditorías y/o actualizaciones en otras áreas.

Y por lo tanto:

a) Pese a que el Comité de Auditoría es interdisciplinario, existen aspectos que escapan a la experiencia y terreno profesional médico-administrativo, lo que da la pauta para valorar las siguientes alternativas:

-Ampliar las disciplinas de los integrantes del Comité de Auditoría.

-Solicitar asesoría técnico-profesional que requiera la institución en estudio.

-Sugerir auditorías en otras áreas, como contables, administrativas, técnicas (enfermería, laboratorios, etc.).

- b) El procedimiento descrito es susceptible de mejorar y de aplicar en unidades médicas de primero y segundo nivel, con las modificaciones pertinentes.
- c) La "Auditoría Médico-Administrativa" llamada de otra forma podría ser menos agresiva, ya que se tiene comprobado que el nombre auditoría, contrarresta el concepto positivo real que se intenta ya - que el comité sugerirá métodos correctos más no dirá en cada caso lo que se debe hacer. Se quiere realizar un enfoque correctivo general, mas no una censura a cada miembro.
- d) Un grupo de Auditoría Médico-Administrativa debería contar al menos con un administrador para efecto de expeditar la operación -- del tratamiento de los pacientes desde el punto de vista tramitación y papeleo en beneficio del factor tiempo para que el profesional médico asista correctamente al paciente.

**BIBLIOGRAFIA**

## B I B L I O G R A F I A

1. ALVIN A. ARENS Y JOEWECKE., K. JAMES: Auditing and Integrated Approach. Editorial Atlantic, U.S.A. New York, 1978.
2. AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION: Glossary of Administrative Terms in Public Health. Ed. American Journal of Public Health. U.S.A. Texas, 1960.
3. BACHMEYER E., ARTHUR C.: Hospital Trends and Developments. Ed. Goldman, Sachs & Sons. U.S.A. New York, 1980.
4. BACHMEYER E., ARTHUR C. Y HARTMAN GERHARD: The Hospital in Modern Society. Ed. Goldman, Sachs & Sons. U.S.A. New York, 1983.
5. BARQUIN C., MANUEL, DR.: Dirección de Hospitales. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México, D.F. 1983.
6. BATRO W, ANTHONY: Dictionary of Terms. Pergamon Press Inc. U.S.A. New York, 1974.
7. CAMPBELL, ALASTAIR: Medicine. Health and Justice Churchill Livingstone. Ednburg, 1978.
8. COCHRANE, A.L.: Efectividad y Eficiencia. CIDOC México, Cuernavaca, 1973.
9. CORDERA ARMANDO Y BOBENRIETH MANUEL: Administración de Sistemas de Salud. Editado por A. Cordera y M. Bobenrieth, México, D.F. , 1983.



10. DENISTON, O.L., ROSENSTOCK, I.M. Y WALCH W GETTING, V.A.: Evaluation of Program Efficiency. Public Health Reports. Vol. 83 Núm. 7 U.S.A. 1968.
11. DICKSON, ROBERT C.: The Quality of Medical Care. The Bulletin mcp. U.S.A., 1973.
12. DONABEDIAN AVEDIS: Guide to Medical Administration. American Public Association. U.S.A., 1975.
13. DUHALT KRAUSS, MIGUEL: Reforma Administrativa. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, 1967.
14. DURAN ROMANO, LUIS. SOLOMON SANTIBANEZ, GUILLERMO Y GARCIA ANTILLON LUIS: Auditoría Médica. DIF, Dirección de Servicios Médicos| Auditoría Médica. México, 1967.
15. FAJARDO ORTIZ GUILLERMO: Breve Historia de los Hospitales de México. Ed. Limusa. México, 1972.
16. FAJARDO ORTIZ GUILLERMO: Teoría y Práctica de la Administración de la Atención Médica y de Hospitales. Ed. Limusa. México, 1979
17. FAJARDO ORTIZ GUILLERMO Y CORDERO ERNESTO: Hospitales y Clínicas, Auditoría Médica. Editado por Cordero y Fajardo. México, - 1969.
18. FERNANDEZ ARENA, JOSE ANTONIO: El Proceso Administrativo. Ed. - Herrero Hermanos, Sucs; S.A.. México, D.F. 1978.

19. GARCIA ANTILLON, LUIS. DIAZ, LEON Y ALVAREZ CAMPOS, FILIBERTO: - Evaluación Médica. Sociedad Médica del Hospital de Hacienda. --- N° 15, Tomo III Enero- Marzo. México, 1976.
20. GOMEZ NOGUERA MANUEL: Estadística Aplicada a la Administración - de los Servicios de Atención Médica. Editado por M.Gómez. México 1981.
21. Herder, H.: Encyclopedia of Psychology. Ed. Boston Herder and - Herder. U.S.A., 1971.
22. I.M.S.S.: Evaluación Específica de la Atención Médica a partir de los hallazgos de la Autopsia. Boletín Médico del I.M.S.S. - N° 17. México, D.F. 1975.
23. I.M.S.S.: Evaluación Médica. Boletín Médico del I.M.S.S. N° 16 México D.F. 1974. González Montesinos F., Perez Alvarez J. J.
24. I.M.S.S.: La Auditoría Médica. Boletín del I.M.S.S. sept.84. -- México, D.F., 1984.
25. JOHANSON, H; ROBERTSON, ANDREW Y BREACH, E.F.L.: Diccionario de Management. Ed. Oiko Tan, S.A. Barcelona, 1980.
26. KOONTZ Y O'DONNELL: Principios de Dirección de Empresas. Ed. Mc. GrawHill, Book Co. México, 1978.
27. LARIS CASILLAS, FRANCISCO: Administración Integral. Ed. Diana.- México, 1978.
28. LAUFAN, HAROLD: Clinical Engineering Series, Hospital Care Facilities Planning for User Needs Institute for Surgical Studies, -

Montifiore Hospital and Medical Center and Albert Einstein College of Medicine. Academic Press. Bronx, New York., 1981.

29. LEE, R.I. y JONES, L.W.: The Fundamental of Good Medical Care. - The University of Chicago Press. Chicago, 1983.
30. LEMBECKE, A.: Medical Auditing by Scientific Methods. Journal of America Medical Association ( N° 162) U.S.A., 1956.
31. MARTINEZ VILLEGAS FABIAN: El Contador Público y la Auditoría Administrativa. Editorial de Publicaciones Administrativas y Contables, P.A.C. México, D.F. 1982.
32. NOTA HERNANDEZ, FELIPE; GARCIA ANTILLON LUIS Y ESPARZA CANARGO - CONCEPCION: Informe Anual de Bioestadística y Auditoría Médica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez". Vol 38 Mayo- junio. México, D.F., 1981.
33. RIGGS JAMES, L. Y INOVE S., MICHAEL: Introduction to Operating - Research and Management Science. Ed. Mc.Graw Hill, Book Co. México, 1975.
34. SHAUNAN, R.M.: Hospital Information Systems. North Holland Publishing Company. Amsterdam, New York. Oxford, 1980.
35. SOLA, N.: Auditoría Médica. Bibliográfico para el Curso Básico de Administración Hospitalaria. Santiago de Chile, 1986
36. VASI PAEZ, ARTURO: Elementos Básicos de Control de la Calidad de las Prestaciones Médicas, Auditoría Médica y Procedimientos Téc--

nico-Administrativos. Comité Interamericano de Seguridad Social; Comisión Regional Americana de Medicina Social. México, 1979.

37. WILLIAM P., LEONARD: Auditoría Administrativa, Evaluación de -- los Métodos y Eficiencia Administrativos. Editorial Diana. México, 1974.

38. YAÑEZ, ENRIQUE: Hospitales de Seguridad Social. Editorial Esfinge. México, 1981.