

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**Implementación de Procesos de Capacitación  
en Auditoría Médica Interna en los  
establecimientos de salud de CIES en la  
Gestión 2016**

**POSTULANTE: Dra. Dora Marjorie Viscarra Valdivia  
TUTOR: Dr. José Antonio Zambrana T**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título  
de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz - Bolivia  
2017

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por sobre todas las cosas

## **DEDICATORIA**

A CIES Salud Sexual y Salud Reproductiva, institución que me inspiro para ampliar mis conocimientos en Auditoría Médica.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Acto médico:** Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

**Auditoría Médica:** La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.

**Calidad:** Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos.

Calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en ISO 9001:2008.

**Control de gestión:** Es aquel segmento de la estructura de la empresa (institución) que tiene por objetivo general o básico el control de las actividades de una organización.

**Estándar:** Prototipo o modelo digno de ser imitado y en su caso superado, que se define mediante consenso de los líderes en determinada temática y se busca con la aplicación de una norma, que al igual que el estándar que la motiva no es estática, sino dinámica, por una serie de incidencias que la realidad y los cambios imponen.

**Gestión de calidad:** Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico.

Proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados.

**latrogenia:** Resultado inesperado de la aplicación de técnicas y fármacos.

**Idiosincrasia:** Resultado no previsible de la aplicación de fármacos, dependiente de factores propios de la persona.

**Institucionalización:** Procedimiento administrativo obligatorio para el ingreso y promoción de los médicos en condición de dependientes, mediante concurso de méritos y examen de competencia.

**Médico general:** Profesional médico que habiendo realizado estudios superiores en universidades legalmente reconocidas, cuenta con Diploma Académico y Título en Provisión Nacional, expedidos por autoridades competentes.

**Médico residente:** Profesional médico en formación de una especialidad, sujeto a un régimen de trabajo y actividad académica especial.

**Médico especialista:** Profesional médico que ha culminado sus estudios de especialización en una de las ramas de la medicina reconocidos por el Ministerio del área de Salud y acreditados por el Colegio Médico de Bolivia.

**Norma:** Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado.

**Peritaje:** Es la evaluación médico científica y técnica de las condicionantes, relacionadas con un hecho cuestionado, realizado por médicos reconocidos y designados por autoridad competente.

**Plan:** Documento que define objetivos, alcanzables a medio-largo plazo, y líneas de actuación, para una organización, territorio o sector de población.

**Programa:** Conjunto coordinado y ordenado de actuaciones (servicios, proyectos, iniciativas...) que persiguen ofrecer respuestas, estandarizadas o permanentes, a una necesidad o problema.

**Proyecto:** Proceso único que implica una intervención planificada e innovadora con el fin de lograr unos objetivos, en un plazo determinado, para responder a una necesidad o problema, generando una situación mejor que la de partida.

**Secreto médico:** Toda información identificada durante el acto médico sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, su tratamiento y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, inclusive después de su muerte, para salvaguarda de la dignidad del paciente.

**Servicio:** Conjunto de prestaciones (actividades) estandarizadas y orientadas a satisfacer necesidades definidas de un colectivo determinado y por un tiempo generalmente indefinido.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>CAPÍTULOS</b>	<b>PÁGINA</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	6
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>2. ANTECEDENTES</b>	11
<b>3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA</b>	16
<b>4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO</b>	21
<b>5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA</b>	26
<b>6. ANÁLISIS DE ACTORES</b>	28
6.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS	28
6.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS	29
6.3 Oponentes	29
<b>7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN</b>	29
<b>8. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS</b>	31
8.1 OBJETIVO GENERAL	31
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
<b>9. RESULTADOS ESPERADOS</b>	32
<b>10. ACTIVIDADES</b>	33
<b>11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS</b>	34
<b>12. FUENTES DE VERIFICACIÓN</b>	35
<b>13. SUPUESTOS</b>	37
<b>14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD</b>	38
<b>15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD</b>	39
15.1 FACTIBILIDAD SOCIOCULTURAL	39
15.2 FACTIBILIDAD ECONÓMICA-FINANCIERA	39
15.3 FACTIBILIDAD DE GÉNERO	40
<b>16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO</b>	41
<b>17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO</b>	42
<b>18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LA PROPUESTA</b>	43
<b>19. PRESUPUESTO</b>	44
<b>20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	45
<b>21. ANEXOS</b>	47
21.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS	48
21.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS	49
21.3 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	50
21.4 MAPA DE UBICACIÓN DEL PROYECTO	54
21.5 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL	55
21.6 CRONOGRAMA	56
21.7 PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	57
21.8 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO	58
21.9 MATRIZ DE DETERMINACIÓN DE IOV	60
21.10 MEDIOS DE VERIFICACIÓN POR IOV	62
21.11 MATRIZ DE VALORIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LA PROPUESTA	64

## RESUMEN EJECUTIVO

La presente propuesta está alineada al Manual de Auditoría Médica del Ministerio de Salud, que da el marco normativo para todos los establecimientos de salud del sistema público y privado a nivel nacional.

**El análisis del problema**, refleja que el desarrollo vertiginoso de la ciencia y de la tecnología, la globalización de la información, el creciente aumento del interés de la población en los problemas médicos, la generalización de los conceptos de calidad en general, y en particular los referentes a los servicios de salud, han propiciado que los médicos tengan que buscar un método que permita una autoevaluación crítica del acto médico, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de las habilidades, naciendo por tal razón la Auditoría Médica.

La auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de:

- Mejorar la práctica médica.
- Ser un medio de educación continua.
- Mejorar la calidad de la atención médica.

**El análisis de actores**, devela que el personal profesional de salud de los establecimientos de salud de CIES, representan el principal grupo de beneficiarios directos de la auditoría médica interna. Los beneficiarios indirectos de la implementación de auditorías médicas internas son los pacientes usuarios de los servicios de salud que ofertan los establecimientos de salud de CIES. En el caso específico de la implementación de una norma actualizada de auditoría médica interna de CIES, se presume que pueden identificarse como los principales oponentes potenciales, a los propios profesionales de salud de los establecimientos de salud de CIES, en especial aquellos profesionales que cuentan con más años de experiencia.

**El lugar de intervención**, corresponde a 17 establecimientos de salud de CIES en 8 Departamentos del País (excepto Pando), organizados en 10 regionales.

**El objetivo general de la propuesta es** Mejorar la calidad de los establecimientos de salud de CIES a partir de la implementación de la auditoría médica interna como práctica institucionalizada obligatoria, desde la gestión 2015.

**Los objetivos específicos son:** 1) Aprobar e implementar la norma de obligatoriedad para la realización de auditorías médicas internas en todos los establecimientos de salud de CIES; 2) Gestionar la asignación efectiva de recursos económicos en los planes operativos anuales de los establecimientos de salud de CIES, para la realización de auditorías médicas internas; y 3) Desarrollar contenidos y realizar procesos de capacitación y/o actualización sobre auditoría médica interna para profesionales de salud de los establecimientos de salud de CIES.

**Los resultados esperados de la propuesta son:** 1) CIES cuenta con una Norma actualizada de auditoría médica interna de aplicación obligatoria en todos sus establecimientos de salud; 2) CIES ha creado y aprobado una partida presupuestaria mediante norma para el fortalecimiento de acciones de auditoría médica interna a nivel institucional; 3) CIES cuenta con profesionales de salud capacitados y actualizados en auditoría médica interna, y comprometidos con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud; y 4) CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las auditorías médicas internas y de la gestión de calidad de los servicios de salud.

**El impacto esperado del proyecto es:** De acuerdo al análisis de viabilidad, de factibilidad y del contexto, se puede considerar previsible que la implementación de la auditoría médica interna en todos los establecimientos de salud de CIES, pueda generar a mediano y largo plazo, que la calidad de sus servicios de salud, sea permanentemente mejorada (tomando en cuenta que se trata de un proceso dinámico en permanente evolución), debido principalmente a la utilización de herramientas de control tales como el expediente clínico, los protocolos de atención, entre otros.



# 1. INTRODUCCIÓN

El concepto de “calidad” proviene del latín *qualitis*, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad<sup>1</sup>.

El concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo, y múltiples dimensiones, las cuales son notablemente influenciadas por el proceso cultural y la influencia de los actores de poder<sup>2</sup>.

El concepto de gestión de calidad en salud pública para fines del presente trabajo se enmarca como estrategias o modelos motivacionales, social y culturalmente aceptados, los cuales logran mejorar la prestación de salud a la población.

La calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad<sup>3</sup>.

Un breve análisis a nivel Latinoamérica se sintetiza en los siguientes enunciados:

Argentina se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ha venido disminuyendo sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más graves<sup>4</sup>. Cuenta con un sistema que se caracteriza por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento<sup>5</sup>. En 1997 se transfirieron los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Brasil a pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), en el que se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización

---

<sup>1</sup> Llinás A. Manual de auditoría y gestión de calidad en salud: El modelo Plecoser. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar; 2006.

<sup>2</sup> Fundación Avedis Donabedian editores, Actas del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica. Argentina; 1993; Asociación Argentina de Cirugía, editores. Parámetros para la Evaluación, Categorización y Acreditación de los Servicios de Cirugía General. Buenos Aires: AAG; 1985; y Calidad y Costo de la Atención Médica. Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires: Estudio Sigma; 1992.

<sup>3</sup> Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1993.

<sup>4</sup> Acuña CH, Chudnovsky, M. El sistema de salud en Argentina. UDSA [en línea] 2002 marzo 4 [5 de junio 2009]. URL disponible en: <http://www.udes.edu.ar/Faculty/Tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>.

<sup>5</sup> Acuña CH. El sistema de salud en Argentina. Buenos Aires: Universidad de San Andrés; 2002.

política, administrativa, jerarquización y control social, hay, en realidad, tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social y gobierno), lo que determina la desigualdad de acceso de la población a los diferentes servicios públicos y privados<sup>6</sup>.

Chile tiene un sistema de salud mixto, compuesto de fondos y prestadores tanto públicos como privados, liderado por el Ministerio de Salud, el cual tiene como tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud. En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y el sistema de salud privado está conformado por las Empresas de Administración de Salud (ISAPRE)<sup>7</sup>.

Cuba debido al desarrollo de la salud pública tanto en extensión como en cobertura, ha logrado la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema de salud cubano se mantiene en constante transformación, sobre todo incrementando las acciones preventivas, trabajando sobre la variación de los patrones de consumo, incidiendo en los hábitos de vida que pueden reducir un grupo de enfermedades<sup>8</sup>.

México cuenta con un sistema de salud que tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales pobres, a través de un paquete básico de servicios<sup>9</sup>.

Paraguay centra su desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, a fin de incorporar los valores de equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social<sup>10</sup>.

Puerto Rico basa todo su sistema en el sector privado, por considerar que tiene mejores recursos y calidad de servicios. Lo positivo: el aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la atención de la población de escasos recursos económicos<sup>11</sup>.

Venezuela a través de cambios políticos ha generado importantes inversiones en el sector salud, fortaleciendo la atención primaria, pero como negativo se resalta las

---

<sup>6</sup> USAID. Perfil de los sistemas de salud en Brasil. Brasilia: OPS; 2008.

<sup>7</sup> Embassy of Chile. Sistema de Salud [en línea] 2007 [3 de mayo 2010]; URL disponible en: <http://www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm>.

<sup>8</sup> Vila Pérez O. Algunos aspectos sobre el desarrollo de la salud en Cuba. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [en línea] 2008 [5 de junio 2009]; 520 (2). URL disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/305>.

<sup>9</sup> Lara di Lauro E. El modelo de salud en México. México: Milliman; 1998.

<sup>10</sup> USAID. Perfil de los sistemas de salud en Paraguay. Asunción; 2008.

<sup>11</sup> USAID. Perfil de los sistemas de salud en Puerto Rico. San Juan de Puerto Rico: OPS; 2007.

condiciones de los profesionales de la salud, remplazados en algunos casos por médicos cubanos<sup>12</sup>.

La calidad en la prestación de los servicios en salud, por tanto es un elemento fundamental para lograr la satisfacción de los usuarios. Todas las organizaciones de salud en algún momento de su desarrollo han aplicado alguna herramienta para mejorar la calidad y una de las herramientas que resulta muy exitosa es la auditoría médica, pero para que esta herramienta sea considerada como tal debe ser conocida y entendida por los profesionales en salud y de esta manera ser aplicada con el fin de mejorar la calidad.

En este contexto de calidad y generación de una cultura de la calidad, se hace necesario la institucionalización de procesos que permitan garantizar la calidad del servicio, como es la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que pueden ser remediadas.

La auditoría médica tendría una finalidad de mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano, lamentablemente muchas veces, es percibida por los profesionales de la salud como una acción fiscalizadora que casi siempre termina interfiriendo con sus actividades cotidianas<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> OPS. Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

<sup>13</sup> Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (III): Facetas. Med Clin (Barc) 1995; 104: 25-8., y Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Evidence-based audit in general practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998. p. 1-15.

## 2. ANTECEDENTES

### ORIGEN DE LA AUDITORÍA MÉDICA

Con el advenimiento de los “tiempos modernos” en que se ha presentado un desarrollo vertiginoso de la ciencia y la tecnología, ha ocurrido también un deterioro progresivo de los principios morales, en diferentes grupos sociales. Resultado de ello son los incrementos observados en la criminalidad, en los conflictos sociales y en la corrupción, que afectan de manera muy significativa a numerosos países, entre ellos Bolivia.

Diversos intentos se han llevado a cabo a través de diferentes planes y programas, con el propósito de combatir a la corrupción, fundamentalmente de tipo coercitivo y motivacional, con pobres o nulos resultados.

Durante los últimos años las líneas de acción en el combate de la corrupción, se han modificado hacia un enfoque más preventivo y propositivo, en la búsqueda de la “transparencia” en los procesos administrativos, principalmente en el Sector Público y con especial atención en los servicios de salud.

La lucha en busca de la transparencia como medio para combatir la corrupción, ha determinado que el elemento más importante sea retomar los principios morales y éticos en la administración pública y en la práctica médica.

Tomando como ejemplo el éxito que algunos programas internacionales, tales como el de la Clínica Mayo y el American College of Physicians de Estados Unidos, en los cuales el comportamiento de sus miembros desde el punto de vista ético y moral, ha contado con lineamientos claros que fomentan y conducen hacia un comportamiento dentro de la ética y la integridad, hacen evidente la necesidad de que cada institución cuente con sus propias normas, en congruencia con su misión, su filosofía y sus políticas, siempre dentro de los principios universales de la ética y la moral.

Por otra parte, el “Juramento Hipocrático”, establece gran parte de los principios éticos vigentes en la actualidad, algunos que desafortunadamente se han abandonado y otros que se han actualizado, para adecuarlos a la cultura contemporánea.

En 1947 el Tribunal Internacional de Nuremberg, emitió el Código de Nuremberg, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos. Con base en este documento en 1964 la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki emitió la “Declaración de Helsinki”, con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas en Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989, por la misma Asamblea<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Declaración de Helsinki. Asamblea Médica Mundial. Helsinki 1964, Tokio 1975, Venecia 1983, and Hong Kong 1989.

En 1998 el Comité de Ética del American College of Physicians editó la cuarta edición de su Manual de Ética<sup>15</sup>, en el cual se definen los conceptos que rigen el comportamiento ético de la práctica médica. Este manual incorpora la mayor parte de preceptos de la ética que son vigentes en nuestro tiempo y se enriquece constantemente con nuevos preceptos, derivados del análisis de casos que se someten a la consideración del Comité, en busca de asesoría o lineamientos para resolver problemas reales.

En 1998 la World Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las “Orientaciones Éticas para una Buena Práctica Neuroquirúrgica”<sup>16</sup>, con la participación de numerosos comités de Europa, Estados Unidos, Asia, África, Australia y la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética. En este documento se establecen precisiones muy importantes dirigidas a los pacientes neuroquirúrgicos en particular, aplicables a la atención médica en general y por supuesto en la práctica quirúrgica.

La Comisión Nacional de Bioética en 2001 editó y difundió el código-guía “Bioética de Conducta Profesional”<sup>17</sup>, para médicos, enfermeras, y otros trabajadores de la salud, en el cual se compilan los antecedentes en esta disciplina. En este documento se presenta una revisión de la bibliografía actual y abarca la mayoría de los conceptos vigentes de la ética en la práctica médica actual.

En México, en diciembre del mismo año 2001, Instituciones del Sector Salud, Colegios, Asociaciones, Sociedades, Consejos y otras agrupaciones de la salud, así como a las Comisiones de Derechos Humanos, Universidades y representantes de la sociedad civil, validaron, emitieron y difundieron la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”<sup>18</sup>, basándose para su elaboración, en la revisión y análisis de los antecedentes y bibliografía publicados a nivel mundial.

Se enuncian **los 10 derechos de los pacientes** contenidos en dicho documento:

- 1) Recibir atención médica adecuada.
- 2) Recibir trato digno y respetuoso.
- 3) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- 4) Decidir libremente sobre su atención.
- 5) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- 6) Ser tratado con confidencialidad.
- 7) Contar con facilidades para tener una segunda opinión.
- 8) Recibir atención médica en caso de urgencia.
- 9) Contar con un excelente expediente clínico.
- 10) Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

---

<sup>15</sup> American College of Physicians. Manual de ética. Ann Int Med 1998; 128:576-594.

<sup>16</sup> World Federation of Neurosurgical Societies, European Association of Neurosurgical Societies. Comisión Nacional de Bioética Orientaciones para una Buena Práctica Neuroquirúrgica. México. 1999; 15:34-42.

<sup>17</sup> Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud. Código-guía. Bioética de Conducta Profesional. México; 2001.

<sup>18</sup> Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Carta de los derechos generales de los pacientes. México; diciembre, 2001.

## **PRINCIPIOS ÉTICOS**

Tomando como base el concepto de calidad antes mencionado<sup>19</sup>, se hace referencia en primer término a los principios éticos vigentes:

- Primero, no hacer daño (“primum, non nocere”): Máximo beneficio con mínimo riesgo.
- Trato individualizado y amable.
- Respeto a la autonomía del paciente.
- Consentimiento informado.
- Confidencialidad: Respeto al secreto profesional.
- Privacidad: Respeto a la dignidad de la persona. Trato humanitario: Respeto al pudor.
- Muerte digna: Respeto a los principios culturales, morales y religiosos.

La definición más antigua de auditoría médica es la de Virgil Slee (1950) y dice que: “La auditoría médica es la evaluación hecha por los médicos de la calidad de la atención médica en todas las ramas de la medicina y revelada por la documentación clínica”. Labecke (1956) agrega que el propósito de la auditoría es tener la certeza de que todos los beneficios del conocimiento médico se aplican efectivamente a las necesidades de los enfermos.

La auditoría en la actualidad es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes<sup>20</sup>.

La auditoría es clasificada en función al objeto a auditar como auditoría de casos (para las diferentes especialidades médicas), auditoría de fuentes secundarias (historias clínicas, prescripciones, exámenes de laboratorio, etc.) o calidad de llenado de las fuentes secundarias (dependientes de la información existente), y auditoría basada en evidencia (donde se evalúa las atenciones de la persona en un periodo). En función a la temporalidad, las auditorías se clasifican en auditorías retrospectivas y auditorías prospectivas o concurrentes<sup>21</sup>.

## **CIES**

CIES es una organización sin fines de lucro caracterizada por brindar servicios en salud sexual y reproductiva, cuya visión es convertirse en una institución líder en el tema y con este propósito está en permanente búsqueda de nuevas alternativas para mejorar la calidad en la prestación de servicios.

<sup>19</sup> Aguirre GH. Administración de la calidad de la atención. Rev Med IMSS 1997; 35:251-264.

<sup>20</sup> Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health services. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists; 1998.

<sup>21</sup> Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Diseño de Sistema de Auditoría Médica y de Gestión. Lima: MINSA; 2000.

En CIES, la auditoría médica no está consolidada aún como una herramienta clave en su sistema de gestión de la calidad, si bien se enuncia, no es adecuadamente operativa en la práctica regular de sus establecimientos de salud.

CIES implementa un Sistema de Gestión de la Calidad de sus servicios muy exigente para asegurar el cumplimiento de sus funciones en el logro de resultados, dentro las expectativas del fortalecimiento institucional con ejercicio pleno de los Derechos Humanos y los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR) en el marco de las normas y leyes vigentes en el País.

El Sistema de Gestión de la Calidad promueve el trabajo en equipo, para:

- Promover el ejercicio pleno de los DSDR.
- Mejorar la forma de servir a la sociedad, comunidad y familias en el marco de los derechos.
- Liderizar el cumplimiento de las necesidades de servicio y satisfacerlas en el ámbito de nuestra competencia.
- Efectuar el trabajo de manera eficaz y eficiente para el logro de resultados.

## OBJETIVOS

- Implementar y estandarizar en el marco legal vigente, los procedimientos de las distintas áreas en los servicios que brindan todas las regionales.
- Mejorar la confianza y satisfacción de los/as usuarios/as internos y externos, desarrollando estrategias de comunicación permanente con ellos, con el fin de identificar sus necesidades, observaciones y expectativas con respecto a los servicios prestados en la Institución.
- Garantizar a nuestros usuarios y sus familias una atención más ágil, cálida, oportuna, accesible y segura, fortaleciendo y monitoreando los servicios de salud prestados.
- Alcanzar estándares superiores de calidad en nuestros servicios, cumpliendo con las normas de acreditación y certificación en salud.

Un instrumento fundamental de control de la calidad es la auditoría médica interna, que contribuye también a la identificación de problemas y la implementación de acciones correctivas.

Monitoreo y evaluación de la calidad: Para el monitoreo de la calidad de los servicios se cuenta con tableros de mando que monitorean los indicadores del Sistema de Gestión de la Calidad. Cada uno de ellos tiene estándares que son medidos a través de instrumentos que permiten recoger datos con diferentes metodologías, que van desde entrevistas a usuarios/as, observación directa de procedimientos y revisión de registros.

Los procesos monitoreados son:

- Proceso estratégico institucional.
- Proceso de gestión de la calidad.
- Proceso de medición, análisis y mejora.
- Proceso de asistencia en salud.
- Proceso de servicios educativos e investigación.
- Proceso de bioseguridad y riesgos.
- Proceso de administración de bienes y servicios.
- Proceso de recursos humanos.
- Proceso de comunicación.



### **3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

Históricamente los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud en Bolivia se remontan a fines de la década de 1990, abordando la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa, por parte de los sistemas de salud, con una propuesta de transformación, que exigía la necesidad de contemplar los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de calidad, como fuera propuesta en un documento original en mayo de 1989, con el nombre de Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención de Salud.

A su vez, el proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia, se inicia en julio de 1992, siguiendo la corriente establecida por la OPS/OMS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mediante reuniones de reflexión sobre la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de la salud ofrecida por los hospitales, así como definir las bases del modelo de acreditación, para la evaluación de los establecimientos hospitalarios, independientemente del sector al que pertenezcan.

En el periodo 1993-1994 dos reuniones nacionales de Directores de Hospitales de diferentes sectores, revisa, adecua y adapta a las condiciones y realidades nacionales el Manual de Acreditación de Hospitales propuesto por la OPS/OMS y la Federación Latinoamericana de Hospitales.

En abril de 1994 por Resolución N. 0329 de la Secretaría Nacional de Salud, se aprueba la conformación de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia, otorgándole la dirección magna para la normalización, ejecución y evaluación del proceso de acreditación de los hospitales en el país.

En el año 2000 el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) a través de Resolución Ministerial N. 0065 del 23 de febrero de 2000, implementa los instrumentos de control médico en los servicios de salud de la seguridad social boliviana, los mismos que se actualizan el año 2004 a través de Resolución Ministerial N. 306 y nuevamente el 28 de diciembre de 2005, a requerimiento de los entes gestores, reglamenta los Comités de Infecciones Intra Hospitalarias, Comité del Expediente Clínico, Comité Médico Administrativo, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Auditoría Médica y el Reglamento para la Elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Clínico.

El año 2003 a través de un Convenio Interinstitucional establecido por el Ministerio de Salud y Previsión Social, Colegio Médico de Bolivia, Universidad Pública e INASES, se pone en marcha un importante proyecto de capacitación de post grado en las Universidades Públicas, realizando el Curso de Diplomado y Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Sucre, que forma alrededor de 150 profesionales con el perfil de Gestores de Calidad y Auditoría Médica.

El año 2005 la promulgación de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, reglamentada mediante Decreto Supremo N. 28562 constituye un hito histórico importante de la salud en Bolivia, porque establece el marco jurídico que institucionaliza la Auditoría Médica en los ámbitos del acto médico y gestión de la calidad de los establecimientos de salud.

Finalmente, el documento del Ministerio de Salud y Deportes, Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010 “para que todos vivamos bien”, considera que toda actividad se fundamenta en la vida y en su protección, siendo su conservación la aspiración natural del ser humano y de la sociedad en la que está inmerso. Por ello, es un derecho y un deber actuar garantizando condiciones de vida acordes con la dignidad y derechos de las personas.

A partir de estos hitos históricos se define y desarrolla el Proyecto Nacional de Calidad en Salud PRONACS.

### DESCRIPCIÓN DEL MARCO NORMATIVO

El Ministerio de salud desarrolla documentos técnicos para el nivel nacional, los cuales conforman el marco normativo para los establecimientos de salud del país.

El área de calidad también ha publicado una serie de documentos técnicos para el Programa Nacional de la Calidad de los Servicios (PRONACS). Las bases para la organización y funcionamiento del PRONACS mencionan que debe trabajarse el tema de auditoría y su funcionamiento en el sistema de salud. Incluye en su bibliografía el Manual de Auditoría Médica, que da un marco normativo para el funcionamiento en todos los establecimientos de salud del sistema público y privado a nivel nacional.

A continuación se sintetizan los elementos relevantes del marco normativo boliviano en relación a la auditoría médica:

Finalidades de la auditoría en salud: Son múltiples, pudiendo mencionarse la evaluación técnico-administrativo-financiera de una determinada organización sanitaria, la ejecución de una política, plan o programa, el funcionamiento de los servicios, la atención directa del paciente por el personal en salud y el acto médico propiamente dicho, entre otras.

La auditoría en cualquiera de sus formas se debe realizar indefectiblemente contrastando las situaciones analizadas, con las leyes, principios, reglas, normas, protocolos, procedimientos y fichas técnicas que estuvieran vigentes.

Justificación: La necesidad de lograr que en el quehacer cotidiano de los servicios de salud se mejore la calidad de atención a la persona, con satisfacción plena de los usuarios externos e internos, constituye hoy en día la prioridad número uno de la estructura sectorial en sus distintos niveles desagregados.

Para ello las relaciones intra e inter institucionales deben ser sistemáticas y sostenidas, tanto en el establecimiento de salud, como en la aplicación de normas y principios, previamente consensuados en el proceso de su elaboración y adecuadamente difundidos para su cumplimiento con el debido seguimiento, control, supervisión y asesoría de la autoridad sanitaria competente.

Esto resulta fundamental frente, por ejemplo, a la implementación de la Ley del Ejercicio Profesional Médico, que incorpora la obligatoriedad de la aplicación de documentos médicos oficiales, normas, protocolos de atención y formularios de consentimiento informado. Este marco legal determina que estos documentos médicos legales, deben ser únicos y uniformes para todos los centros asistenciales de salud, de acuerdo a las características del nivel de complejidad que ocupen en la red articulada de servicios de salud, independientemente de cuales sean las instituciones a las que pertenezcan.

El marco legal boliviano reconoce a la auditoría médica como el mejor instrumento reconocido para el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, siendo por lo tanto su aplicación de carácter obligatorio e inexcusable.

Conceptos: Auditoría, por tanto en el marco normativo boliviano vigente, corresponde al examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados, con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión (W. L. Chapman).

La auditoría en este contexto, corresponde al brazo operativo del control de gestión y constituye el instrumento clave para el mejoramiento de la calidad, con base en indicadores referenciales conocidos como estándares (Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia).

Tipos de auditoría: 1) De acuerdo a la instancia que la realiza (auditoría interna y externa). 2) De acuerdo a la necesidad (auditoría periódica o inducida). 3) Auditoría en salud, siendo esta un procedimiento de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para

su mejoramiento (Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría, Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia).

Propósito: Evaluar la calidad de la atención médica brindada a un paciente determinado en un establecimiento de salud, mediante el análisis sistemático y crítico del expediente clínico, contrastado con documentación pertinente y en aplicación de la normativa vigente, principalmente en todos aquellos casos de fallecimiento intrahospitalario, infecciones nosocomiales, complicaciones médicas, complicaciones quirúrgicas, permanencia prolongada y re-internaciones antes de los tres días de alta médica.

Todo expediente clínico deberá cumplir con los siguientes requisitos imprescindibles:

- Veracidad.
- Carácter científico.
- Oportunidad.
- Integridad.
- Sujeción a la norma.
- Claridad.
- Confidencialidad.

Contenido:

- Papeleta de internación.
- Gráficas de registro de signos vitales.
- Historia clínica.
- Consentimiento informado.
- Órdenes médicas.
- Notas de evolución e interconsultas, e informes de Junta Médica.
- Informes de exámenes de laboratorio y gabinete.
- Informes de Anatomía Patológica.
- Elementos quirúrgicos (Nota pre quirúrgica; Protocolo quirúrgico; Nota post quirúrgica).
- Elementos de anestesia (Nota pre anestésica; Protocolo del procedimiento anestésico/hoja de registro anestésico; Nota de recuperación post anestésica).
- Elementos de enfermería (Notas de tratamiento y medicamentos administrados, con firma, sello y fecha; Hoja de evolución de enfermería con firma, sello y fecha; Kárdex de enfermería con identificación del personal de enfermería).
- Epicrisis.
- Documentos administrativos de ingreso, egreso, referencia y contrarreferencia, alta solicitada, transferencia, fallecimiento y otros.
- Adicionales (protocolo de autopsia; Copia del Certificado de Defunción; Informes de auditoría médica interna especial o inducida; Ficha social; Fichas de programas específicos [tuberculosis, SSR, quimioterapia, AIEPI, desnutrición y otros]; Historia clínica perinatal; Certificado Médico; Recetas y otros.

El análisis comprenderá:

- Coherencia entre diagnóstico de ingreso y diagnóstico de egreso.
- Coherencia entre el cuadro clínico (anamnesis y examen físico), diagnóstico de ingreso, presunciones diagnósticas y diagnóstico definitivo.
- Coherencia y oportunidad entre cuadro clínico y solicitudes de exámenes complementarios de diagnóstico.
- Coherencia y oportunidad entre cuadro clínico y solicitudes de interconsulta.
- Coherencia y oportunidad entre diagnóstico y tratamiento.
- Cumplimiento de Lex Artis, normas y protocolos en vigencia.
- Otros elementos pertinentes a cada caso en particular.

El primer programa de Gestión de la Calidad y Auditoría Médica, fue instaurado en 1910 por Flexner, cuando da a conocer un informe denominado “Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales”, donde condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario (3: Historia de la calidad en salud. Revista de Salud Pública México N. 45, año 2000).

## 4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

### JUSTIFICACIÓN LEGAL

El ejercicio médico profesional se rige bajo la Ley 3131, la que en el capítulo IV dentro de las funciones del médico menciona a la auditoría médica como una actividad relacionada al ejercicio médico profesional. El capítulo VII está dedicado exclusivamente a la auditoría médica.

A continuación se describen los principales elementos que establece la Ley 3131:

Funciones del Ejercicio Profesional:

- a) Promoción de la salud.
- b) Prevención de la enfermedad.
- c) Recuperación de la salud.
- d) Rehabilitación del paciente.

Documentos Médicos Oficiales:

- a) Expediente médico.
- b) Historia clínica.
- c) Consentimiento informado.
- d) Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e) Certificado médico.
- f) Informes médicos.
- g) Certificado de mortinato.
- h) Certificado de nacido vivo.
- i) Certificado de defunción.
- j) Protocolo de autopsia.
- k) Informe pericial.
- l) Hoja anestésica.
- m) Interconsultas.
- n) Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o) Epicrisis.
- p) Transferencias.
- q) Informes médico-legales.
- r) Recetas médicas.

Derechos del Médico:

- a) Una remuneración justa.
- b) Un trato digno del paciente, los familiares de éste y la comunidad.
- c) Trabajar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus funciones.
- d) Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones.

- e) Que se respete su criterio médico, diagnóstico y terapéutico y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y protocolos vigentes.
- f) Recibir capacitación y actualización de su institución.

Deberes del Médico:

- a) Cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra (Asociación Médica Mundial).
- b) Colaborar al Sistema Nacional de Salud en caso de epidemias, desastres y emergencias.
- c) Respetar el consentimiento del paciente, cuando rechace el tratamiento u hospitalización.
- d) Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio de Salud.
- e) En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica.
- f) Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.
- g) Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por Ley.
- h) Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.
- i) Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.
- j) Guardar el secreto médico, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.
- k) Capacitación médica continua, de acuerdo a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definirá el Estado boliviano en forma obligatoria.

Derechos del Paciente:

- a) Recibir atención médica humanizada y de calidad.
- b) La dignidad como ser humano y el respeto a sus creencias y valores étnico-culturales.
- c) La confidencialidad.
- d) Secreto médico.
- e) Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.
- f) Libre elección de su médico, de acuerdo a disponibilidad institucional.
- g) Reclamar y denunciar si considera que sus derechos humanos han sido vulnerados durante la atención Médica.
- h) Disponer de un horario y tiempo suficiente para una adecuada atención.
- i) Respeto a su intimidad.
- j) Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición socioeconómica, étnico cultural, de género y generacional.
- k) Solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

- l) Negarse a participar en investigaciones o enseñanza de la medicina, salvo en situaciones que la Ley establece.
- m) Apoyar a la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades graves y ayudar a su rehabilitación.

Deberes del Paciente:

- a) Trato digno y respetuoso a su médico.
- b) Cumplir oportuna y disciplinadamente las prescripciones e indicaciones médicas.
- c) Comunicar de manera veraz y completa sus antecedentes de salud, personales y familiares.

## JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

La auditoría médica evalúa la calidad de la atención médica bajo estándares internacionales basados en evidencia científica, permitiendo a los establecimientos de salud normar sus atenciones bajo conceptos actualizados.

Uno de los principales instrumentos para esta tarea, corresponde al expediente o historia clínica.

La historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona.

El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica. Es reconocida la influencia de ésta como instrumento para la mejora de los estándares de atención<sup>22</sup>, y tener una función educativa para los profesionales de la salud<sup>23</sup>.

La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad<sup>24</sup> y sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educativas<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK. Evidence-based clinical audit: an overview. En: Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH eds. Evidence-based audit in general practice. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1998. p. 1-15.

<sup>23</sup> Shaw CI. Aspects of audit. 4: Acceptability of audit. BMJ 1980; 280:1443-6.

<sup>24</sup> Bhopal RS, Thomson R. A form to help learn and teach about assessing medical audit. BMJ 1991; 303: 1520-2.

<sup>25</sup> Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health 1995; 4: 55-64., y 15: Davis DA, Thompson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of the continuing medical education strategies. JAMA 1995; 274: 700-5.



La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes<sup>26</sup>.

Otro elemento importante a ser tomado en cuenta es el sistema ISO 9001

El Sistema ISO (International Organization for Standardization) surgió en 1947 como una necesidad de la industria para unificar las normas internacionales para asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción de una empresa y estar en condiciones de garantizar la calidad de los artículos que se producen. Como resultado del impacto logrado se ha iniciado la aplicación del Sistema ISO en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Los procesos deben estar documentados en el Manual de Organización y en los diferentes manuales de procedimientos que lo integran, tanto para la unidad médica como para cada uno de los servicios que la componen. Los procedimientos deben ser específicos, estar descritos con precisión y claridad, puesto que es indispensable que puedan ser auditados. Estos documentos deberán ser del conocimiento del personal y estar accesibles para quien lo requiriera para su utilización.

### JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad. Este ciclo continuo pasa por las siguientes etapas: identificación del tema a ser auditado, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de los resultados comparados con el estándar fijado, decidir estrategias para el cambio, implementación de los cambios necesarios, monitorización de los efectos del cambio en comparación del estándar<sup>27</sup>.

La percepción de la auditoría como una acción fiscalizadora es una visión reduccionista del proceso, limitándose a percibirla como una intervención en donde se identifican problemas, sin implementar medidas que conlleven a mejoras en la calidad de atención y el empleo de recursos. Por el contrario, para que la auditoría médica sea una manera útil de mejorar los estándares de la práctica médica, los médicos deben convencerse de su valor como herramienta educativa, y como herramienta para una utilización con eficiencia y equidad de los recursos<sup>28</sup>.

La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a los médicos y a los equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de la atención que brindan a sus pacientes<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> Kelman S. Improving doctor performance. A study in the use of information and organizational changes. New York: Human Science Press; 1980. p. 13-43.

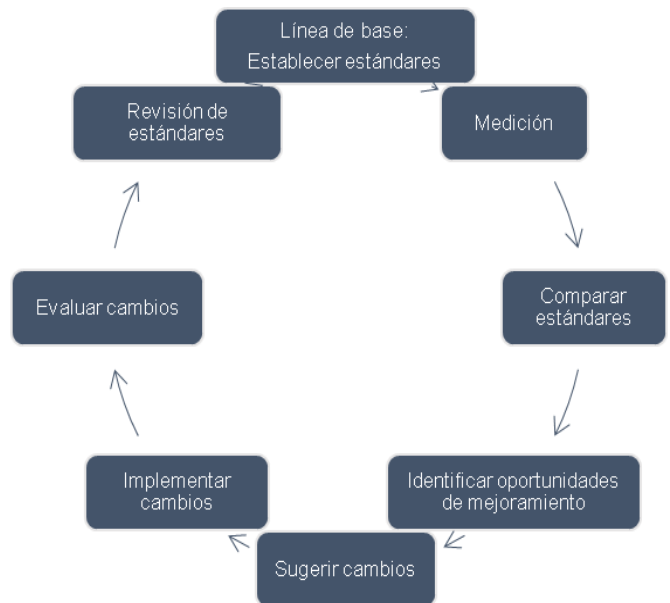
<sup>27</sup> Redfern SJ, Norman IJ. Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model. International Journal for Quality in Health Care 1996; 8:331-40.

<sup>28</sup> MacPherson D. Medical audit: a view from the centre. In: Medical audit rationale and practicalities. Frostick S, Ratford PJ, Wallace A eds. Cambridge University Press. Cambridge 1993,26-36.

<sup>29</sup> Walshe K. Opportunities for improving the practice of clinical audit. Quality in Health Care 1995; 4:231-2.

Para finalizar, la auditoría será una pérdida de tiempo, dinero y esfuerzo si no se realiza el ciclo continuo y no se da un cambio en la estructura y proceso prestacional. La auditoría debe ser entendida como un ciclo (desde la aproximación sistemática).

El ciclo se inicia con la selección del tópico que será objeto de la auditoría. Este puede ser un tópico clínico, luego de ello se deberá establecer explícitamente los criterios de evaluación y establecer claramente los estándares. Para ello deberá basarse en evidencias clínicas. Luego de realizar la medición entre lo deseable (establecido como el “gold standard”) y lo existente, se determinan las oportunidades de mejoramiento del proceso prestacional.



Todo ello debe estar enmarcado en una lógica de mejoramiento de la atención y no en el marco de un proceso punitivo.

Fuente: Bhopal RS, Thomson R. (1991).

La auditoría médica en consecuencia, es un elemento fundamental para la regulación de los principio de pertinencia, racionalidad técnico-científica, oportunidad y costo beneficio; garantizando el uso de recursos existentes.

Actualmente existe discrepancia en el registro del expediente clínico que al no ser detectados oportunamente, disminuyen la calidad de la atención así como el incremento en los costos.

CIES cuenta con un sistema de gestión de la calidad que se enfoca en la satisfacción de los usuarios pero se requiere incluir en este proceso la calidad desde el punto de vista del acto médico en sí, que finalmente va a contribuir al resultado de la prevención, curación y rehabilitación del paciente. A partir de esta premisa se ve la necesidad de implementar la auditoría como una herramienta de mejora de la calidad.

En un sondeo realizado a través de una encuesta se identifica que el 80% de los prestadores de salud de CIES no conoce, ni ha sido capacitado en Auditoría médica y por tanto tiene un concepto equivoco de su aplicación.

## 5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

“Hay que medir lo que sea medible, y hacer medible lo que no lo sea” Galileo Galilei

Si no se puede medir, no se puede controlar. Si no se puede controlar, no se puede gestionar.

Si no se puede gestionar, no se puede mejorar. Manual del Auditor.

El desarrollo vertiginoso de la ciencia y de la tecnología, la globalización de la información, el creciente aumento del interés de la población en los problemas médicos, la generalización de los conceptos de calidad en general, y en particular los referentes a los servicios de salud, han propiciado que los médicos tengan que buscar un método que permita una autoevaluación crítica del acto médico, a fin de establecer un proceso de retroalimentación y mejora continua de las habilidades, naciendo por tal razón la Auditoría Médica.

La auditoría médica es un proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de:

- Mejorar la práctica médica.
- Ser un medio de educación continua.
- Mejorar la calidad de la atención médica.

La auditoría médica es un instrumento fundamental para mejorar la calidad de la atención ofrecida a los pacientes, y que responde a las siguientes preguntas:

- ¿Qué atención se brinda?
- ¿Se hizo lo que se proyectó hacer?
- ¿Qué se debería haber hecho?
- ¿Se hace lo que se debe hacer?
- ¿Se puede mejorar lo que se hace?

Los médicos tienen la creencia errónea de que una buena práctica médica depende de la pericia, que se trata de una cuestión puramente técnica. Esto es, si conocen los aspectos técnicos, entonces son infalibles. Esto implica dejar prácticamente a la deriva la práctica médica. Donabedian considera que la capacidad profesional (conocimiento y experiencia) es sólo uno de los múltiples factores que repercuten en la calidad; también son importantes la infraestructura médica (equipamiento), la oportunidad (momento de atención adecuado) y el costo de la misma<sup>30</sup>. Entonces, la estrategia correcta para evaluar la calidad y sostenerla debe efectuarse en tres pasos:

---

<sup>30</sup> Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114(11):1115-8.

- 1) Establecer guías de acción y protocolizar actividades.
- 2) Auditoría médica permanente.
- 3) Encuestas a pacientes y familiares (satisfacción).

Auditar proviene del verbo oír. Se trata de una confrontación entre una situación observada (procedimiento de evaluación) y el marco referencial normado técnica y administrativamente (parámetros e indicadores preestablecidos).

Al auditar, se puede encontrar que muchos de los procesos de la atención médica (intervenciones diagnósticas y terapéuticas) están más relacionados con la tradición que con el conocimiento científico. La atención se vuelve, entonces, heterogénea y dependiente de la pericia o la capacidad.

Auditar es una revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional y de la atención médica; en cambio, hacer análisis de calidad en la atención médica es un proceso analítico y a priori de un acto médico, que compromete de forma global a las personas que ejecutan los procedimientos<sup>31</sup>.

La percepción de la utilidad y significado de la auditoría no está reconocida en nuestro medio por los profesionales en salud, esto se ve reflejado en los establecimientos de salud del ámbito público y privado donde no se cuenta con personal que se dedique a la realización de auditorías, por supuesto no es una generalización de los establecimientos de salud.

Los profesionales en salud perciben a las auditorías como procesos punitivos donde el único fin es culpabilizar de eventos adversos que se hubiesen presentado durante el acto médico.

Definición del problema seleccionado: **La percepción del personal médico sobre las auditorías médicas predispone al rechazo de la implementación de esta herramienta clave para mejorar la calidad de los servicios.**

---

<sup>31</sup> Scott PV. Differentiating between audit and research. Clinical audit in research. Br M J 2000; 320:713-4.

## 6. ANÁLISIS DE ACTORES

### 6.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS

El personal profesional de salud de los establecimientos de salud de CIES, representan el principal grupo de beneficiarios directos de la auditoría médica interna, debido a que el instrumento más importante de esta, lo constituye el expediente clínico, por tanto el mejorar el manejo institucionalizado, normalizado y bajo estándares de calidad, no solamente garantizará un mejor desempeño en cuanto al diagnóstico, tratamiento y evaluación de pacientes, sino además contarán con una herramienta útil de protección frente a posibles denuncias de supuesta mala praxis, negligencia médica o iatrogenia.

#### Beneficiarios directos por nivel de involucramiento



**Fuente:** Elaboración propia

Nivel de involucramiento bajo: Se considera nivel de involucramiento bajo, porque si bien las autoridades nacionales y regionales de CIES son objeto directo de beneficio, por ser las principales responsables de la decisión de su implementación y posterior evaluación, no son quienes de manera intrínseca realizarán las auditorías médicas internas.

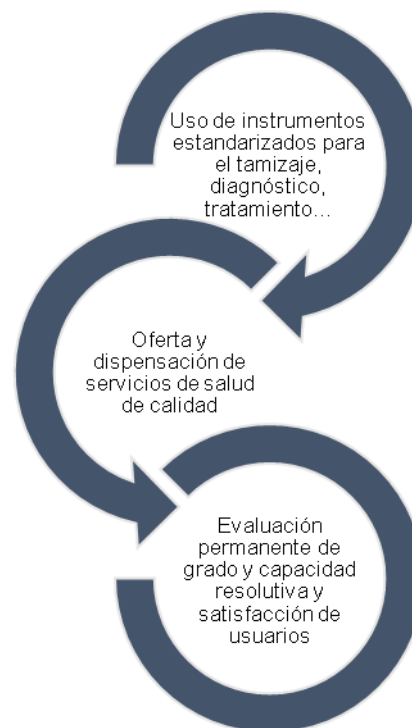
Nivel de involucramiento medio: Se considera nivel de involucramiento medio, porque si bien los profesionales de salud del área no médica (radiólogos, laboratoristas, entre otros) son parte de procesos inherentes a la auditoría médica interna, no son quienes son los directamente responsables de su realización.

Nivel de involucramiento alto: Se considera nivel de involucramiento alto, porque los profesionales de salud del área médica (principalmente médicos asistenciales) son los directamente responsables del desarrollo de los procesos sujetos a las auditorías

médicas internas, y por otra parte, son los responsables también directos de su realización.

## 6.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Los beneficiarios indirectos de la implementación de auditorías médicas internas son los pacientes usuarios de los servicios de salud que ofertan los establecimientos de salud de CIES, debido principalmente a que tanto los procesos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y evaluación del estado de salud-enfermedad, serán sujetos a través de la auditoría médica interna de controles de calidad, supervisiones técnicas y evaluaciones permanentes de la calidad de los servicios de salud dispensados, dando cumplimiento a estándares internacionales de calidad, marcos nacionales legales vigentes, normativas institucionales, protocolos de atención, entre otros; dando como resultado la garantía de una gestión eficiente de mejora continua de la calidad de los servicios de salud de CIES.



Fuente: Elaboración propia

## 6.3 OPONENTES

Es previsible que toda iniciativa o “asunto nuevo” puede generar de una u otra manera cierto grado de oposición.

En el caso específico de la implementación de una norma actualizada de auditoría médica interna de CIES, se presume que pueden identificarse como los principales oponentes potenciales, a los propios profesionales de salud de los establecimientos de salud de CIES, en especial aquellos profesionales que cuentan con más años de experiencia.

Las principales razones especulativas que se identifican para la oposición de implementación de una norma actualizada de auditoría médica interna en CIES, versus acciones de mitigación se describen en la siguiente matriz valorativa:

Oponentes	Principales razones presumibles de oposición	Acciones de mitigación
Profesionales de salud más antiguos	Modo de trabajo más enraizado.	Procesos de sensibilización.
	Menor tolerancia de adaptación a nuevos procesos, procedimientos y utilización de nuevos instrumentos.	Explicación pragmática sobre la utilidad de la auditoría médica como instrumento de protección al ejercicio profesional.
Profesionales de salud más jóvenes	Percepción errónea de incremento de tareas.	Explicación pragmática sobre la utilidad de la auditoría médica

		como instrumento de calidad en salud (mejor desempeño y prestigio profesional).
--	--	---

Fuente: elaboración propia

## 7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

### CONTEXTO

El Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES), fue fundado el 30 de julio de 1987, es una organización de desarrollo social privada y sin fines de lucro que contribuye al ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, para mejorar la calidad de vida de la población boliviana urbana y rural, con énfasis en aquella que vive en situaciones de vulnerabilidad.

Tiene desarrollado un modelo institucional de promoción y asistencia en salud sexual y salud reproductiva, con un abordaje integral e innovador, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Cuenta con 17 establecimientos de salud en 8 Departamentos del País (excepto Pando), organizados en 10 regionales, de primer y segundo nivel.

### LUGAR DE INTERVENCIÓN

Solos se tomaran en cuenta los establecimientos de segundo nivel:

<b>La Paz</b> ▪ Clínica modelo en salud sexual y salud reproductiva.	<b>El Alto</b> ▪ Clínica CIES Regional El Alto.	<b>Tarija</b> ▪ Clínica modelo en salud sexual y salud reproductiva.
<b>Santa Cruz</b> ▪ Clínica CIES Regional Santa Cruz.	<b>Oruro</b> ▪ Clínica CIES Regional Oruro.	<b>Potosí</b> ▪ Clínica CIES Potosí.
	<b>Sucre</b> ▪ Clínica CIES Regional Sucre.	

Fuente: Elaboración propia

## **8. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS**

### **8.1 OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de los establecimientos de salud de CIES a partir de la implementación de la auditoría médica interna como práctica institucionalizada obligatoria, desde la gestión 2016.

### **8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Aprobar e implementar la norma de obligatoriedad para la realización de auditorías médicas internas en todos los establecimientos de salud de CIES.
- 2) Gestionar la asignación efectiva de recursos económicos en los planes operativos anuales de los establecimientos de salud de CIES, para la realización de auditorías médicas internas.
- 3) Desarrollar contenidos y realizar procesos de capacitación y/o actualización sobre auditoría médica interna para profesionales de salud de los establecimientos de salud de CIES.



## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

1. CIES cuenta con una Norma actualizada de auditoría médica interna de aplicación obligatoria en todas sus clínicas de segundo nivel.
- 1.1 CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las auditorías médicas internas y de la gestión de calidad de los servicios de salud.
2. CIES ha creado y aprobado una partida presupuestaria mediante norma para el fortalecimiento de acciones de auditoría médica interna a nivel institucional.
3. CIES cuenta con profesionales de salud capacitados y actualizados en auditoría médica interna, y comprometidos con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.

## **10. ACTIVIDADES**

### **ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL RESULTADO 1**

#### **1.**

- 1) Elaboración, aprobación e implementación de norma actualizada de auditoría médica interna de CIES.
- 2) Difusión de la norma actualizada de auditoría médica interna e instrucción de obligatoriedad de su cumplimiento en los establecimientos de salud de CIES.

#### **1.1**

- 1) Diseño y desarrollo de sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las auditoría médica interna y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.
- 2) Diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las auditoría médica interna y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.
- 3) Evaluación de desempeño sobre la aplicación de auditoría médica interna en los establecimientos de salud de CIES.

### **ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL RESULTADO 2**

- 1) Gestión para la aprobación y designación presupuestaria de auditoría médica interna en CIES.
- 2) Supervisión y apoyo para la ejecución presupuestaria de auditoría médica interna de CIES.
- 3) Seguimiento a la ejecución presupuestaria de implementación de auditoría médica interna en CIES.

### **ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL RESULTADO 3**

- 1) Diseño y desarrollo de módulos de capacitación y actualización de auditoría médica interna en los establecimientos de salud de CIES.
- 2) Proceso de capacitación de capacitadores para la aplicación de norma de auditoría médica interna.
- 3) Capacitación sobre auditoría médica interna a profesionales de salud de los establecimientos de salud de CIES.
- 4) Conformación de comités de auditoría médica interna y de calidad en los establecimientos de salud de CIES.

## 11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

Los Indicadores Objetivamente Verificables (IOV) fijan el nivel de efectividad necesario con respecto al logro de los Objetivos, Resultados y Actividades, y constituyen la base para la evaluación de cualquier programa, proyecto o intervención.

Los Indicadores especifican las pruebas empíricas necesarias para comprobar si los Objetivos, Resultados y Actividades fueron alcanzados.

El Indicador es el eslabón entre los conceptos usados en la formulación de Objetivos, Resultados y Actividades, y el nivel empírico de observación/medición (acción operativa).

### **Objetivo General:**

IOV: OG1.1 Porcentaje de satisfacción de usuarios de los ES de CIES.

IOV: OG1.2 Porcentaje de denuncias por negligencia o maltrato en los ES de CIES.

### **Objetivos específicos:**

#### OE1

IOV: OE1.1 Nº de ES de CIES que realizan AMI.

IOV: OE1.2 Porcentaje de ES de CIES monitoreados sobre la realización de AMI.

#### OE2

IOV: OE2.1 Porcentaje de ES con asignación presupuestaria en sus POA para AMI.

IOV: OE2.2 Porcentaje de ejecución presupuestaria de AMI en ES de CIES.

#### OE3

IOV: OE3.1 Porcentaje de ES de CIES beneficiados con eventos de capacitación y/o actualización sobre AMI.

IOV: OE3.2 Porcentaje de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y/o actualizados en AMI.

## 12. FUENTES DE VERIFICACIÓN

Las fuentes de verificación serán los documentos normativos de la institución, así como los informes que se soliciten de acuerdo a cada actividad clave identificada en el marco lógico y finalmente las listas de participantes en los eventos planificados.

A continuación se enuncian los principales medios de verificación:

- Encuestas de satisfacción de usuarios.
- Informes anuales de registro de casos de negligencia o maltrato en los ES de CIES.
- Norma CIES de obligatoriedad para la realización de AMI en todos sus ES.
- Sistema de monitoreo de AMI e informes anuales.
- POA de los ES de CIES.
- Informes anuales sobre estados financieros, administrativos y contables sobre ejecución presupuestaria de AMI de los POA de los ES de CIES.
- Informes de eventos realizados de capacitación y/o actualización sobre AMI en los ES de CIES.
- Lista de profesionales de salud de los ES de CIES que han sido capacitados y/o actualizados en AMI.
- Norma actualizada sobre AMI de CIES.
- Instructivo de obligatoriedad de cumplimiento de norma AMI en todos los ES de CIES.
- Notas de recepción y conformidad de aplicación obligatoria de norma CIES de AMI, de ES.
- Norma de asignación presupuestaria para AMI.
- POA institucional.
- Paquete pedagógico de capacitación y actualización en AMI.
- Informe de validación y aprobación del paquete pedagógico de AMI.
- Lista de profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI.
- Certificados de aprobación de eventos de capacitación y actualización sobre AMI.
- Disposición institucional de creación y conformación de comités de calidad y AMI.
- Informe de conformación y puesta en marcha de los comités de calidad y AMI.
- Sistema informático de monitoreo de AMI.
- Instrumentos de recolección de información para el Sistema de Monitoreo de AMI.
- Informes de aplicación de instrumentos de recolección de información para el Sistema de Monitoreo de AMI.
- Informes de evaluación de los ES sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.
- Informe final sobre procesos de construcción participativa de la norma CIES de AMI concluidos.

- Norma actualizada CIES de AMI aprobada.
- Instructivos de oficina central CIES con sello de recepción de los ES.
- Resolución institucional de aprobación de asignación presupuestaria para AMI de CIES.
- POA de CIES.
- Informe de eventos efectuados de supervisión a la ejecución presupuestaria de AMI en CIES.
- Informe sobre ejecución presupuestaria anual de implementación de la AMI de CIES.
- Paquetes de capacitación y actualización de AMI elaborados (manual, módulos, instrumentos: material impreso y digital).
- Informe de validación de paquetes de capacitación y actualización sobre AMI.
- Notas de recepción y conformidad de los ES de CIES de paquetes de capacitación y actualización de AMI.
- Lista de capacitadores formados en AMI.
- Certificados de capacitación a capacitadores en AMI.
- Informes de eventos realizados de capacitación sobre AMI en los ES de CIES.
- Lista de participantes de eventos realizados de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES.
- Certificados de capacitación a profesionales de salud de los ES de CIES sobre AMI.
- Informes de aprobación de eventos de capacitación y actualización sobre AMI.
- Informes de evaluación sobre competencias prácticas en AMI de profesionales de salud de los ES de CIES.
- Actas de conformación de comités de AIM y calidad.
- Informes de designación de responsables de comités de AIM y calidad.
- Contrato de consultoría para el diseño y desarrollo de sistema de monitoreo AMI.
- Informes de conformidad técnica y administrativa sobre el cumplimiento de especificaciones técnicas para el diseño y desarrollo del sistema de monitoreo AMI en CIES.
- Contrato de consultoría para el diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo AMI.
- Informes de conformidad técnica y administrativa sobre el cumplimiento de especificaciones técnicas para el diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo AMI en CIES.
- Informes de evaluación sobre aplicación de AMI.

## 13. SUPUESTOS

Objetivos, Resultados y Actividades	Supuestos
OG Mejorar la calidad de los ES de CIES a partir de la implementación de AMI como práctica institucionalizada obligatoria, desde la gestión 2015.	La población de usuarios de los ES de CIES percibe como un elemento de calidad de sus servicios la realización de AMI.
OE1 Aprobar e implementar la norma de obligatoriedad para la realización de AMI en todos los ES de CIES.	La MAE de CIES prioriza la auditoría medica interna como instrumento institucional obligatorio de mejora de la calidad de los servicios de salud.
OE2 Gestionar la asignación efectiva de recursos económicos en los planes operativos anuales de los ES de CIES, para la realización de AMI.	
R1 1.CIES cuenta con una Norma actualizada de AMI de aplicación obligatoria en todos sus ES. 1.1 CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud.	
R2 CIES ha creado y aprobado una partida presupuestaria mediante norma para el fortalecimiento de acciones de AMI a nivel institucional.	
R3 CIES cuenta con profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI y comprometidos con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.	
AR1.1 Elaboración, aprobación e implementación de norma actualizada de AMI de CIES.	
AR1.2 Difusión de la norma actualizada de AMI e instrucción de obligatoriedad de su cumplimiento en los ES de CIES.	
AR2.1 Gestión para la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.	
OE3 Desarrollar contenidos y realizar procesos de capacitación y/o actualización sobre AMI para profesionales de salud de los ES CIES.	Los profesionales de salud de los ES de CIES comprenden y aceptan el proceso de capacitación y/o actualización sobre AMI, como válido y útil para el mejoramiento de su desempeño.
AR2.2 Supervisión y apoyo para la ejecución presupuestaria de AMI de CIES.	El personal administrativo de CIES comprende la importancia de dar seguimiento a la ejecución presupuestaria de AMI.
AR2.3 Seguimiento a la ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.	
AR3.1 Diseño y desarrollo de módulos de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES.	Se cuenta con los recursos económicos para la contratación de servicios externos de consultoría.
AR1.2 Diseño y desarrollo de sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.	
AR1.2 Diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.	
AR3.2 Proceso de capacitación de capacitadores para la aplicación de norma de AMI.	Las autoridades regionales y de los ES de CIES asumen plenamente su responsabilidad en el proceso de mejora continua de la calidad de sus servicios.
AR3.3 Capacitación sobre AMI a profesionales de salud de los ES de CIES.	
AR3.4 Conformación de comités de AMI y de calidad en los ES de CIES.	Las autoridades regionales y de los ES de CIES asumen plenamente su responsabilidad en el proceso de mejora continua de la calidad de sus servicios.
AR3.3 Evaluación de desempeño sobre la aplicación de AMI en los ES de CIES.	

## 14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad se refiere a las posibilidades que un proyecto tiene de alcanzar los objetivos en el periodo previsto. Por tanto, un proyecto puede ser viable porque se dan todas las circunstancias para que se cumplan sus objetivos en el periodo previsto, pero puede no ser sostenible si, por ejemplo, al desaparecer la financiación externa el proyecto no es capaz de autofinanciarse.

A través del análisis de viabilidad del proyecto se puede identificar los factores que van a dificultar o facilitar la ejecución del proyecto. Además, da pistas para tomar la decisión definitiva respecto a su puesta en marcha.

En el análisis de viabilidad se deben tomar en cuenta principalmente las siguientes variables:

- Viabilidad legal: El análisis de la viabilidad legal tiene por objeto comprobar la inexistencia de restricciones legales para llevar a cabo el proyecto. Este análisis tendrá que dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Se conoce la normativa que afecta al proyecto a desarrollar? ¿Existen condiciones y/o impedimentos legales para llevarlo a cabo?
- Viabilidad organizativa: Análisis de la capacidad con la que debe contar la entidad para poner en marcha, ejecutar y administrar el proyecto: experiencia, capacidad de gestión y disponibilidad de recursos (estructura, personal, etcétera).
- Viabilidad técnica: El análisis de viabilidad técnica evalúa la correcta identificación de los factores que inciden en el problema o necesidad, la coherencia de los objetivos con ese análisis y la adecuada identificación de las actividades a llevar a cabo para alcanzarlos. Tiene relación también con la idoneidad de las personas encargadas de llevar adelante las actividades, así como del resto de recursos relevantes para el correcto desarrollo del proyecto.
- Viabilidad institucional: Análisis del entorno institucional: implica determinar si el proyecto se enmarca en las prioridades de las administraciones públicas y cuál será su actitud frente al proyecto. Este análisis tendrá que dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Se conocen las prioridades en materia de promoción (subvenciones) o las líneas de actuación que afectan a la provisión de servicios de responsabilidad pública? ¿Se ha entablado un diálogo con la administración para conocer sus intereses y prioridades?
- Viabilidad tecnológica: Se trata de analizar las posibilidades de disponer de la tecnología necesaria y si ésta es apropiada teniendo en cuenta las condiciones específicas del entorno, los recursos y la población beneficiaria del proyecto.

## 15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Concepto de Factibilidad: Factibilidad se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señaladas. Generalmente la factibilidad se determina sobre un programa, un proyecto o una propuesta de intervención.

### 15.1 FACTIBILIDAD SOCIOCULTURAL

Viabilidad técnica: El análisis de viabilidad técnica evalúa la correcta identificación de los factores que inciden en el problema o necesidad, la coherencia de los objetivos con ese análisis y la adecuada identificación de las actividades a llevar a cabo para alcanzarlos. Tiene relación también con la idoneidad de las personas encargadas de llevar adelante las actividades, así como del resto de recursos relevantes para el correcto desarrollo del proyecto.

Matriz de valorización del análisis de factibilidad social de la propuesta

Componente	Expresión	Valorización	Resultado
<b>Viabilidad sociocultural</b>	Compatibilidad con la identidad social, cultural, religiosa y política de la población beneficiaria.	CIES cuenta por ejemplo como una de sus principales políticas la obligatoriedad de la firma del consentimiento informado y con esfuerzos para facilitar la adecuación de muchos de servicios a las características culturales de su diversa población beneficiaria.	<b>Alta probabilidad de viabilidad sociocultural.</b>

Fuente: Elaboración propia

### 15.2 FACTIBILIDAD ECONÓMICA-FINANCIERA

Viabilidad económico-financiera: A través del análisis de viabilidad económico-financiera se intenta determinar si se contará con financiación suficiente para llevar a cabo el proyecto y si el proyecto es eficiente. Este análisis tendrá que dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Se ajusta el presupuesto al proyecto planteado? ¿Se prevé contar con financiación externa? ¿De qué recursos propios se dispone? ¿Se ha solicitado más de un presupuesto en caso de realizar inversiones? ¿El costo es razonable?

Matriz de valorización del análisis de factibilidad económica-financiera de la propuesta

Componente	Expresión	Valorización	Resultado
<b>Viabilidad económico-financiera</b>	¿Se ajusta el presupuesto al proyecto planteado? ¿Se prevé contar con financiación externa? ¿De qué recursos propios se dispone? ¿Se ha solicitado más de un presupuesto en caso de realizar inversiones? ¿El costo es razonable?	CIES cuenta con una plataforma de múltiples fuentes de financiamiento y capacidad de autogeneración de recursos.	Cómo toda institución líder, CIES compromete recursos destinados a fortalecer su prestigio institucional con base a la calidad de sus servicios; en consecuencia la <b>viabilidad económica-financiera es altamente probable.</b>

Fuente: Elaboración propia



### 15.3 FACTIBILIDAD DE GÉNERO

Viabilidad desde la perspectiva de género: Este análisis tendrá que dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Se ha previsto el impacto del proyecto en las condiciones de vida de las mujeres? ¿De qué manera puede contribuir a mejorarlas?

#### Matriz de valorización del análisis de factibilidad de género de la propuesta

Componente	Expresión	Valorización	Resultado
<b>Viabilidad desde la perspectiva de género</b>	¿Se ha previsto el impacto del proyecto en las condiciones de vida de las mujeres? ¿De qué manera puede contribuir a mejorarlas?	CIES cuenta con un enfoque de género ampliamente consolidado.	<b>Viabilidad de género demostrable.</b>

Fuente: Elaboración propia

## 16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad de la propuesta se centra en la habilidad de mantener su operación, servicios y beneficios durante todo su horizonte de vida, considerando el contexto macroeconómico, social y político en el cual se desarrollará. En consecuencia el análisis de sostenibilidad se refiere a si los beneficios de la propuesta tendrán condiciones de continuidad después de que el período de financiación expectable inicial haya concluido.

La sostenibilidad real no puede evaluarse apriori, pero si pueden evaluarse las perspectivas de sostenibilidad si se han incorporado al diseño de la propuesta los aspectos que la experiencia demuestra que son factores de influencia.

Principios que determinan la sostenibilidad

Toda acción de desarrollo, para mejorar sus condiciones de sostenibilidad, deberá buscar el cumplimiento de los siguientes principios:

- Existencia de sentimiento de apropiación.
- Empoderamiento de beneficiarios.
- Generación de cambios culturales deseados y previstos.
- Reducción de vulnerabilidad.
- Concienciación de los distintos actores.
- Consenso de los distintos actores.
- Transmisión de experiencias.
- Adecuación al entorno.
- Compatibilidad con procesos de desarrollo local.
- No generación de procesos de dependencia.

Tomando en cuenta estos elementos, se puede inferir que siendo la propuesta una herramienta ampliamente aceptada a nivel internacional, que cuenta con un marco legal y normativo nacional, que responde a una normativa institucional, que sustenta sus principios en la medicina basada en evidencia, que responde a criterios de uso y desarrollo de estándares de calidad, que se orienta específicamente a garantizar la capacidad resolutoria efectiva en salud, que por consecuencia utiliza procesos y procedimientos protocolizados, garantizando la confianza de la población beneficiaria en relación a gozar de una atención médica con base a los mejores recursos y capacidades disponibles y además protege el ejercicio profesional de la medicina; es previsible pensar que cualquier institución que invierta en su prestigio institucional, como lo es CIES, podrá tomar la decisión de asumir la responsabilidad financiera y técnica para garantizar la realización de auditorías médicas internas como parte de su política institucional de mejora continua de la calidad.

## **17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO**

De acuerdo al análisis de viabilidad, de factibilidad y del contexto, se puede considerar previsible que la implementación de la auditoría médica interna en todas las clínicas de salud de CIES, pueda generar a mediano y largo plazo, que la calidad de sus servicios de salud, sea permanentemente mejorada (tomando en cuenta que se trata de un proceso dinámico en permanente evolución), debido principalmente a la utilización de herramientas de control tales como el expediente clínico, los protocolos de atención, entre otros.

Por otra parte, una institución proveedoras y prestadora de servicios de salud que cuenta con este tipo de herramientas de control, garantiza un ambiente de protección de sus profesionales de salud, quienes tienen la seguridad de que sus acciones y desempeño se enmarca y responde no solamente a normativas vigentes sino principalmente a estándares internacionales de calidad, esperando una disminución claramente sostenida de casos de posibles negligencia médica, mala praxis o inclusive iatrogenia.

Finalmente, el impacto más esperado resultará en la confianza creciente y la satisfacción de la población beneficiaria y usuarias de estos servicios de salud, quienes irán paulatinamente asumiendo un rol cada vez más activo en el proceso salud-enfermedad y contribuyendo a fortalecer la relación médico-paciente.

## **18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO DE LA PROPUESTA**

La implementación del proyecto deberá ser financiada en su totalidad con recursos propios institucionales, principalmente provenientes de los ingresos de cada una de las regionales, debiendo asignar en el POA un monto específico para las auditorías médicas y todo el proceso que se realizara para que esta sea una herramienta clave para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Resultará deseable considerar un monto porcentual mínimo de inicio, el cual deberá ser incrementado paulatinamente con base a los resultados y a la consolidación de la realización de auditorías médicas internas.

## **19. PRESUPUESTO**

El presupuesto para la implementación de procesos de capacitación en auditoría médica interna en los establecimientos de salud de CIES en la gestión 2016, deberá estar consignado en el presupuesto de cada una de las regionales, tomando en cuenta los siguientes ítems:

### **1) Inversión**

- Desarrollo Tecnológico; sistemas de control y seguimiento informativo, espacios de socialización (redes sociales), instrumentos de promoción (aplicaciones para celulares), entre otros.
- Espacios y ambientes de capacitación y actualización.

### **2) Funcionamiento**

- Honorarios para profesionales expertos (servicios externos), bonificaciones por desempeño, nuevas designaciones, etc.
- Recursos institucionales de apoyo (materiales, de comunicación, etc.).
- Realizaciones de acciones de seguimiento, acompañamiento y control.
- Desarrollo de eventos de capacitación, actualización e intercambio.
- Publicaciones e investigaciones.

### **3) Administración**

- Costos por concepto de licencias, seguros y membresías a espacios internacionales de estándares de calidad internacional.

## 20. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ACHOR M,S; ROMERO M.L; ECHAVARRÍA G. Internación por cuidados progresivos.** Hospital Alemán 2014, págs. Inext.
2. **AGUIRRE H.G; Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos?** Cir Ciruj 2007; 75: 149-150.
3. **AGUIRRE G.H; La ética y la calidad de la atención médica.** Artículo de la Academia Mexicana de Cirugía. Volumen 70, Número 1; marzo 2002.
4. **AGUIRRE H.G; Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica.** Cir Ciruj 2008; 76:187-196.
5. **AGUIRRE H.G; Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.** Salud Pública de México 1990; 32:170-180.
6. **AHUMADA R.S; Auditoría médica.** Colegio Mexicano de Auditoría Médica y Gestión de Servicios de Salud. Agosto 2011.
7. **ALBERDI F; AZALDEGUI F; MARCO P; LAVIÑETA E; MINTEGI I; MURGIALDAI A; REVIEJO K. Metodología para la auditación de la calidad de un sistema traumatológico.** Proyecto Poliguitania. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Aránzazu. San Sebastián Guipuzcoa, 2002.
8. **ALDÁS G.C; Diseño de un sistema de estandarización de procesos para la auditoría de facturación de la Red Pública y Complementaria de Salud.** Departamento de Investigación y Postgrados. Pontificia Universidad del Ecuador, junio 2005.
9. **ALVARADO R.E; Auditoría médica.** Información médica.
10. **AMADOR C.O; MENÉNDEZ C.O; Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria** (Quality management system in health: present situation and prospects in the primary health care). Revista Cubana de Salud Pública; 2010 36(2)175-179.
11. **Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud PRONACS.** Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Serie: Documentos Técnico Normativos. La Paz Bolivia, 2008. Publicación 56.
12. **CÁCERES E.O; MORENO M.Á; Ética calidad total y auditoría médica ISO 9000.** La Paz Bolivia, 2000.
13. **CADAVID E.A; VALENCIA A.E; Programa de auditoría para el mejoramiento de calidad de la atención de salud en estudios e inversiones médicas S.A.** Universidad de la Sabana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Bogotá, Cundinamarca, 2003.
14. **CASTRO S.; NIOTTI G.; QUIÑONES R.N; Calidad en la atención de la salud desde la auditoría médica.** Curso de Auditoría médica. Hospital Alemán 2010.
15. **FIORAVANTI Vicente. Introducción auditoría médica.**
16. **FONSECA J.A; RIVERO E; BALTAZAR J.Á; ÑAMENDYS S; DOMÍNGUEZ G; Auditoría médica.** Artículo de revisión. Med Int Mex 2009, 25 (1): 23-30.
17. **FRÉDERIC A; Auditoría de la calidad de atención.** Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. Ministerio de Salud del Perú.

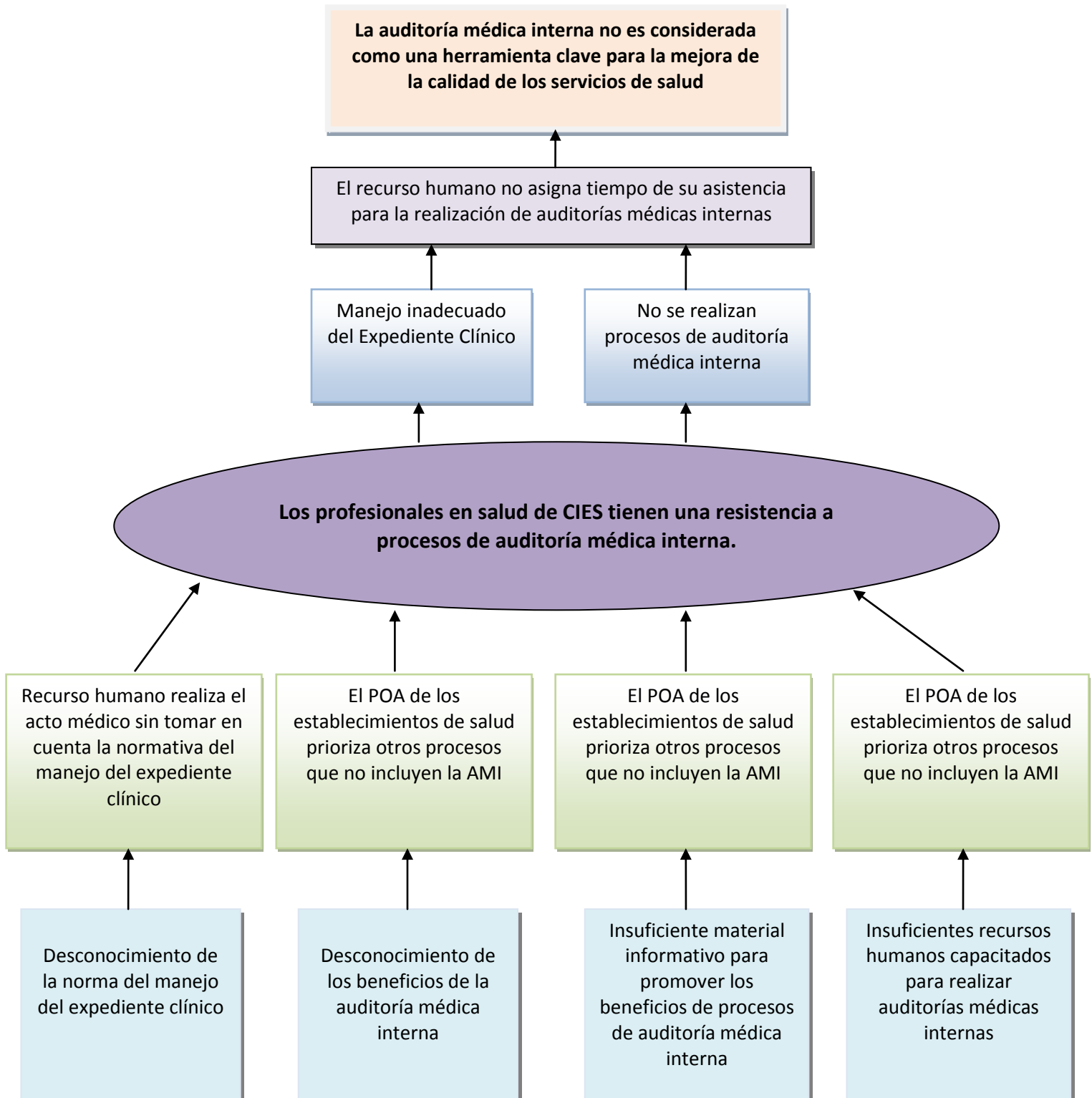
18. **GARAYCOCHEA V; Auditoría médica.** Tema de actualidad. Paediátrica, Vol 3, N.1, enero-abril 2000.
19. **GIRAU D.M; Diseño y aplicación de guía de auditoría en el tratamiento de la fractura de cadera** (Design and Application of Guidelines for Audit in the Treatment of Hip Fractures). Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. ISSN: 1727-897X. Medisur 2010; 8 (1).
20. **IRIARTE M.J; Auditoría médica.** Revista de investigación e información en salud. Universidad del Valle.
21. Ley N. 3131 (Ley de 8 de agosto de 2005), **Ley del Ejercicio Profesional Médico.** Honorable Congreso Nacional de Bolivia.
22. **LLANOS F; LEYVA F; MIRANDA J.J; MAYCA J; ZEBALLOS C; Auditoría médica concurrente de certificados de incapacidad temporal para el trabajo.** 26 Rev Med Hered 13 (1), 2002.
23. **LLANOS F; Auditoría médica en el primer nivel de atención.** Rev Med Hered 11 (3), 2000 107.
24. **LLANOS L.F; MAYCA J; NAVARRO G.C; Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro hospitales públicos peruanos** (Medical audit of patient records at an outpatient clinic in four Peruvian public hospitals). Salud Pública y Administración. 220 Rev Med Hered 17 (4), 2006.
25. **LLINÁS A.E; Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema** (Assessment in quality in Health Care, a first step to reforming the System). Artículo de Reflexión. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2010: 26 (1): 143-154.
26. **LORENTE J.A; VELÁZQUEZ A; NÚÑEZ A; Algunas reflexiones sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud.** MEDISAN 2001; 5 (2): 34-37.
27. **LOSADA M; RODRÍGUEZ A; Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing.** Cuad. Adm. Bogotá (Colombia), 20 (34): 237-258, julio-diciembre de 2007.
28. **Manual de Auditoría y Norma Técnica.** Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia. Serie de Documentos Técnico Normativos. Publicación 63. La Paz - Bolivia, 2008.
29. **PAEZ D.P; Situación actual de la auditoría médica en Colombia.** Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Ciencias Económicas, 2015.
30. **PISCOYA J; Calidad de la atención en salud a través de la Auditoría Médica.** Diplomatura de Auditoría Médica, Facultad de Medicina UNMSM. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ISSN 1025 - 5583; Vol. 61; N. 3 - 2000; pági. 227-240.
31. **QUIROGA Á; VERA O; VALENCIA A; MIRANDA R; ARCE M; La auditoría médica y su reglamentación.** Revista Médica - Órgano Oficial del Colegio Médico de La Paz - Vol. 8 N.1, septiembre - diciembre 2002.
32. **RESTREPO J; La calidad en la prestación de los servicios de salud: un imperativo por lograr.** Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25 (1): 78-81.

# ANEXOS

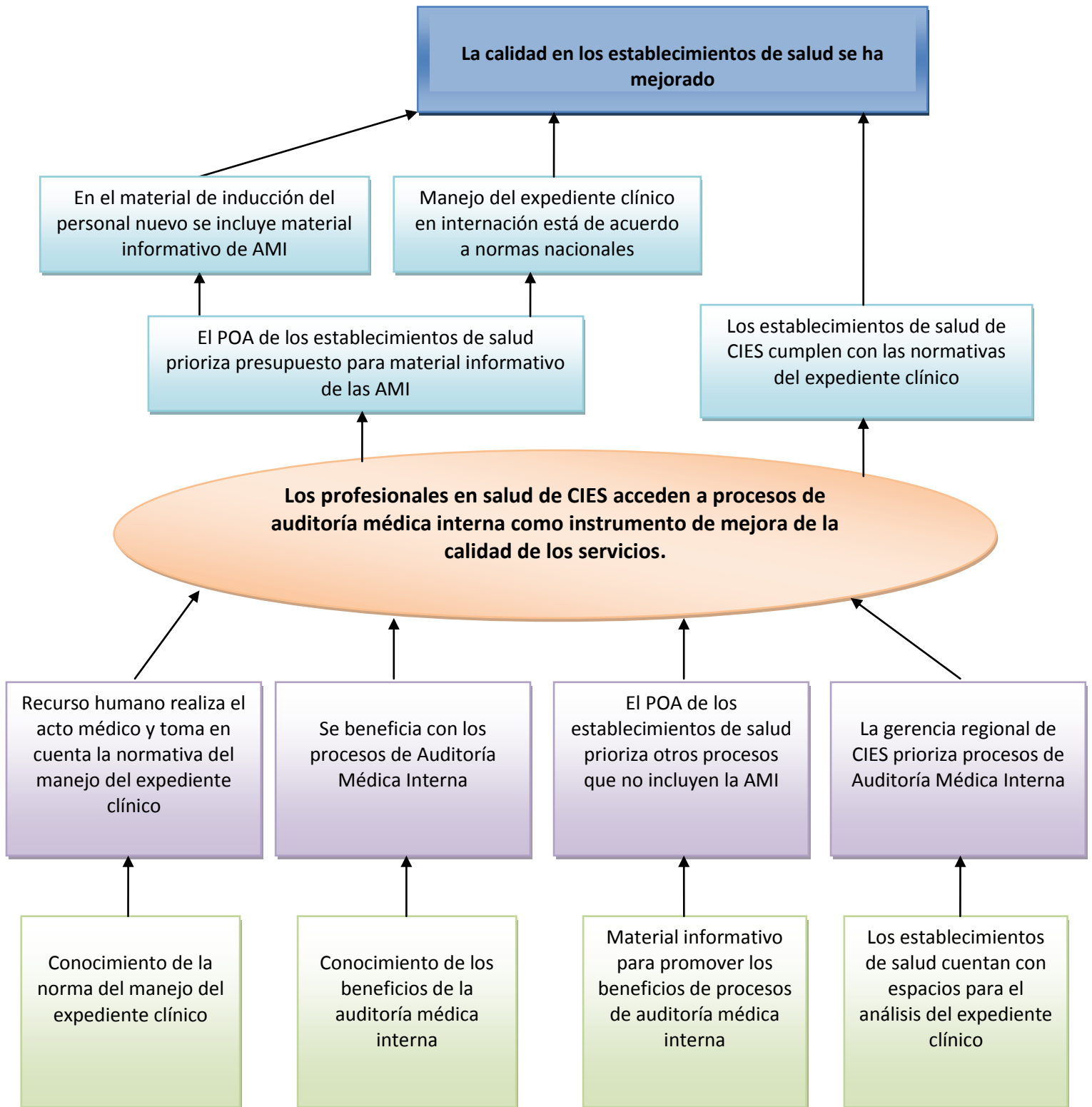


## 21. ANEXOS

### 21.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS



## 21.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS



## 21.3 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>Objetivo General</b></p> <p>OG Mejorar la calidad de los ES<sup>32</sup> de CIES a partir de la implementación de AMI<sup>33</sup> como práctica institucionalizada obligatoria, desde la gestión 2016.</p>	<p>Meta: 80% de satisfacción de usuarios.</p> <p>IOV<sup>34</sup>: <b>OG1.1 Porcentaje de satisfacción de usuarios de los ES de CIES.</b></p> <p>Meta: Menos del 1% de denuncias por negligencia o maltrato.</p> <p>IOV: <b>OG1.2 Porcentaje de denuncias por negligencia o maltrato en los ES de CIES.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuestas de satisfacción de usuarios.</li> <li>Informes anuales de registro de casos de negligencia o maltrato en los ES de CIES.</li> </ul>	<p>La población de usuarios de los ES de CIES percibe como un elemento de calidad de sus servicios la realización de AMI.</p>
<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>OE1 Aprobar e implementar la norma de obligatoriedad para la realización de AMI en todos los ES de CIES.</p>	<p>Meta: 100% de los ES de CIES realizan AMI obligatoriamente.</p> <p>IOV: <b>OE1.1 Nº de ES de CIES que realizan AMI.</b></p> <p>Meta: 100% de los ES de CIES son monitoreados para supervisar el cumplimiento de la norma de auditoría médica interna.</p> <p>IOV: <b>OE1.2 Porcentaje de ES de CIES monitoreados sobre la realización de AMI.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Norma CIES de obligatoriedad para la realización de AMI en todos sus ES.</li> <li>Sistema de monitoreo de AMI e informes anuales.</li> </ul>	<p>La MAE<sup>35</sup> de CIES prioriza la auditoría médica interna como instrumento institucional obligatorio de mejora de la calidad de los servicios de salud.</p>
<p>OE2 Gestionar la asignación efectiva de recursos económicos en los planes operativos anuales de los ES de CIES, para la realización de AMI.</p>	<p>Meta: 100% de los ES cuentan con asignación presupuestaria en sus POA para AMI.</p> <p>IOV: <b>OE2.1 Porcentaje de ES con asignación presupuestaria en sus POA para AMI.</b></p> <p>Meta: 80% de ejecución presupuestaria de AMI.</p> <p>IOV: <b>OE2.2 Porcentaje de ejecución presupuestaria de AMI en ES de CIES.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>POA de los ES de CIES.</li> <li>Informes anuales sobre estados financieros, administrativos y contables sobre ejecución presupuestaria de AMI de los POA de los ES de CIES.</li> </ul>	
<p>OE3 Desarrollar contenidos y realizar procesos de capacitación y/o actualización sobre AMI para profesionales de salud de los ES CIES.</p>	<p>Meta: 100% de los ES de CIES beneficiados con eventos de capacitación y/o actualización sobre AMI.</p> <p>IOV: <b>OE3.1 Porcentaje de ES de CIES beneficiados con eventos de capacitación y/o actualización sobre AMI.</b></p> <p>Meta: 80% de los profesionales de salud de los ES de CIES están capacitados y actualizados en AMI.</p> <p>IOV: <b>OE3.2 Porcentaje de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y/o actualizados en AMI.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de eventos realizados de capacitación y/o actualización sobre AMI en los ES de CIES.</li> <li>Lista de profesionales de salud de los ES de CIES que han sido capacitados y/o actualizados en AMI.</li> </ul>	<p>Los profesionales de salud de los ES de CIES comprenden y aceptan el proceso de capacitación y/o actualización sobre AMI, como válido y útil para el mejoramiento de su desempeño.</p>
<p><b>Resultados</b></p> <p>R1 CIES cuenta con una Norma actualizada de AMI de aplicación obligatoria en todos sus ES.</p>	<p>Meta: Una norma actualizada CIES sobre AMI de aplicación obligatoria, aprobada e implementada en todos sus ES.</p> <p>IOV: <b>R1.1 Nº de ES de CIES que cuentan con nota de recepción y conformidad de instructivo de aplicación obligatoria de Norma</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Norma actualizada sobre AMI de CIES.</li> <li>Instructivo de obligatoriedad de cumplimiento de norma AMI en todos los ES de CIES.</li> <li>Notas de recepción y conformidad de aplicación</li> </ul>	<p>La MAE de CIES prioriza la auditoría médica interna como instrumento institucional obligatorio de mejora de la calidad de los servicios de salud.</p>

<sup>32</sup> ES: Establecimiento de Salud.

<sup>33</sup> AMI: Auditoría Médica Interna.

<sup>34</sup> IOV: Indicador Objetivamente Verificables.

<sup>35</sup> MAE: Máxima Autoridad de la Entidad.

	<b>de AMI.</b>	obligatoria de norma CIES de AMI, de ES.	
<b>R1.1 CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud.</b>	<p>Meta: Sistema de monitoreo de AMI desarrollado e implementado en oficina central de CIES.</p> <p><b>IOV: R4.1 Sistema informático de Monitoreo de AMI.</b></p> <p>Meta: Instrumentos de monitoreo de AMI implementados en el 100% de los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: R4.2 Porcentaje de ES que reportan información sobre AMI a través de los instrumentos de monitoreo.</b></p> <p>Meta: 100% de los ES de CIES son evaluados sobre la calidad de sus servicios a través de la realización de AMI.</p> <p><b>IOV: R4.3 Porcentaje de ES evaluados sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema informático de monitoreo de AMI.</li> <li>Instrumentos de recolección de información para el Sistema de Monitoreo de AMI.</li> <li>Informes de aplicación de instrumentos de recolección de información para el Sistema de Monitoreo de AMI.</li> </ul> <p>Informes de evaluación de los ES sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.</p>	
<b>R2 CIES ha creado y aprobado una partida presupuestaria mediante norma para el fortalecimiento de acciones de AMI a nivel institucional.</b>	<p>Meta: Norma aprobada de asignación del 1% del presupuesto institucional para AMI.</p> <p><b>IOV: R2.1 Porcentaje presupuestario aprobado para AMI en CIES.</b></p> <p>Meta: CIES dispone de líneas presupuestarias para la realización de eventos de capacitación, actualización, realización de AMI y monitoreo.</p> <p><b>IOV: R2.1 No de líneas presupuestarias para AMI.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Norma de asignación presupuestaria para AMI.</li> <li>POA institucional.</li> </ul>	
<b>R3 CIES cuenta con profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI y comprometidos con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.</b>	<p>Meta: Contenidos, materiales y recursos pedagógicos desarrollados para AMI.</p> <p><b>IOV: R3.1 No de módulos y materiales educativos desarrollados e implementados para proceso de capacitación y actualización de AMI.</b></p> <p>Meta: 80% de los profesionales de salud de CIES capacitados y actualizados en AMI.</p> <p><b>IOV: R3.2 Porcentaje de profesionales de salud de CIES capacitados y actualizados en AMI.</b></p> <p>Meta: 10 Comités de Calidad y AMI conformados.</p> <p><b>IOV: R3.3 No de comités de calidad y AMI conformados.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paquete pedagógico de capacitación y actualización en AMI.</li> <li>Informe de validación y aprobación del paquete pedagógico de AMI.</li> <li>Lista de profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI.</li> <li>Certificados de aprobación de eventos de capacitación y actualización sobre AMI.</li> <li>Disposición institucional de creación y conformación de comités de calidad y AMI.</li> <li>Informe de conformación y puesta en marcha de los comités de calidad y AMI.</li> </ul>	
<b>Actividades</b>			
<b>AR1.1 Elaboración, aprobación e implementación de norma actualizada de AMI de CIES.</b>	<b>IOV: AR1.1.1</b> No de procesos concluidos destinados a la aprobación de Norma CIES de AMI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe final sobre procesos de construcción participativa de la norma CIES de AMI concluidos.</li> <li>Norma actualizada CIES de AMI aprobada.</li> </ul>	La MAE de CIES prioriza la auditoría médica interna como instrumento institucional obligatorio de mejora de la calidad de los servicios de salud.
<b>AR1.2 Difusión de la norma actualizada de AMI e instrucción de obligatoriedad de su cumplimiento en los ES de CIES.</b>	<b>IOV: AR1.1.2</b> No de instructivos de oficina central de CIES de implementación obligatoria de la norma AMI en los ES.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instructivos de oficina central CIES con sello de recepción de los ES.</li> </ul>	

<p><b>R4 CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud.</b></p>	<p>Meta: Sistema de monitoreo de AMI desarrollado e implementado en oficina central de CIES.  <b>IOV: R4.1 Sistema informático de Monitoreo de AMI.</b>  Meta: Instrumentos de monitoreo de AMI implementados en el 100% de los ES de CIES.  <b>IOV: R4.2 Porcentaje de ES que reportan información sobre AMI a través de los instrumentos de monitoreo.</b>  Meta: 100% de los ES de CIES son evaluados sobre la calidad de sus servicios a través de la realización de AMI.  <b>IOV: R4.3 Porcentaje de ES evaluados sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>	
<p><b>AR2.1 Gestión para la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.</b></p>	<p><b>IOV: AR2.1.1</b> Nº de procesos concluidos destinados a la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe final sobre procesos de aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.</li> <li>▪ Resolución institucional de aprobación de asignación presupuestaria para AMI de CIES.</li> <li>▪ POA de CIES.</li> </ul>	
<p><b>AR2.2 Supervisión y apoyo para la ejecución presupuestaria de AMI de CIES.</b></p>	<p><b>IOV: AR2.2.1</b> Nº de eventos de supervisión de la ejecución presupuestaria de AMI en CIES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe de eventos efectuados de supervisión a la ejecución presupuestaria de AMI en CIES.</li> </ul>	<p>El personal administrativo de CIES comprende la importancia de dar seguimiento a la ejecución presupuestaria de AMI.</p>
<p><b>AR2.3 Seguimiento a la ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.</b></p>	<p><b>IOV: AR2.3.1</b> Porcentaje de ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informe sobre ejecución presupuestaria anual de implementación de la AMI de CIES.</li> </ul>	
<p><b>AR3.1 Diseño y desarrollo de módulos de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES.</b></p>	<p><b>IOV: AR3.1.1</b> Nº de paquetes de capacitación y actualización sobre AMI elaborados, validados y distribuidos a los ES de CIES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paquetes de capacitación y actualización de AMI elaborados (manual, módulos, instrumentos: material impreso y digital).</li> <li>▪ Informe de validación de paquetes de capacitación y actualización sobre AMI.</li> <li>▪ Notas de recepción y conformidad de los ES de CIES de paquetes de capacitación y actualización de AMI.</li> </ul>	<p>Se cuenta con los recursos económicos para la contratación de servicios externos de consultoría.</p>
<p><b>AR3.2 Proceso de capacitación de capacitadores para la aplicación de norma de AMI.</b></p>	<p><b>IOV: AR3.2.1</b> Nº de profesionales de salud seleccionados formados como capacitadores en AMI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lista de capacitadores formados en AMI.</li> <li>▪ Certificados de capacitación a capacitadores en AMI.</li> </ul>	
<p><b>AR3.3 Capacitación sobre AMI a profesionales de salud de los ES de CIES.</b></p>	<p><b>IOV: AR3.3.1</b> Nº de eventos de capacitación sobre AMI realizados en los ES de CIES.  <b>IOV: AR3.3.2</b> Nº de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y actualizados para el manejo integral de la norma de AMI.   <b>IOV: AR3.3.3</b> Porcentaje de aprobación de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados en AMI.  <b>IOV: AR3.3.4</b> Nº de eventos de evaluación sobre competencia práctica sobre AMI a profesionales de salud capacitados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informes de eventos realizados de capacitación sobre AMI en los ES de CIES.</li> <li>▪ Lista de participantes de eventos realizados de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES.</li> <li>▪ Certificados de capacitación a profesionales de salud de los ES de CIES sobre AMI.</li> <li>▪ Informes de aprobación de eventos de capacitación y actualización sobre AMI.</li> <li>▪ Informes de evaluación sobre competencias prácticas en AMI de profesionales de salud de los ES de CIES.</li> </ul>	<p>Las autoridades regionales y de los ES de CIES asumen plenamente su responsabilidad en el proceso de mejora continua de la calidad de sus servicios.</p>
<p><b>AR3.4 Conformación de comités</b></p>	<p><b>IOV: AR3.4.1</b> Nº de comités de AMI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actas de conformación de</li> </ul>	

de AMI y de calidad en los ES de CIES.	y calidad conformados en los ES de CIES.	comités de AIM y calidad. ▪ Informes de designación de responsables de comités de AIM y calidad.	
<b>AR4.1</b> Diseño y desarrollo de sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.	<b>IOV: AR4.1.1</b> Proceso administrativo de validación y aprobación del sistema de monitoreo de AMI.	▪ Contrato de consultoría para el diseño y desarrollo de sistema de monitoreo AMI. ▪ Informes de conformidad técnica y administrativa sobre el cumplimiento de especificaciones técnicas para el diseño y desarrollo del sistema de monitoreo AMI en CIES.	Se cuenta con los recursos económicos para la contratación de servicios externos de consultoría.
<b>AR4.2</b> Diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.	<b>IOV: AR4.2.1</b> Proceso administrativo de validación y aprobación del sistema de monitoreo de AMI.	▪ Contrato de consultoría para el diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo AMI. ▪ Informes de conformidad técnica y administrativa sobre el cumplimiento de especificaciones técnicas para el diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo AMI en CIES.	
<b>AR4.3</b> Evaluación de desempeño sobre la aplicación de AMI en los ES de CIES.	<b>IOV: AR4.3.1</b> Nº de eventos de evaluación sobre desempeño en la realización de AMI de los ES de CIES.	▪ Informes de evaluación sobre aplicación de AMI.	Las autoridades regionales y de los ES de CIES asumen plenamente su responsabilidad en el proceso de mejora continua de la calidad de sus servicios.

Fuente: Elaboración propia.

## 21.4 MAPA DE UBICACIÓN DEL PROYECTO

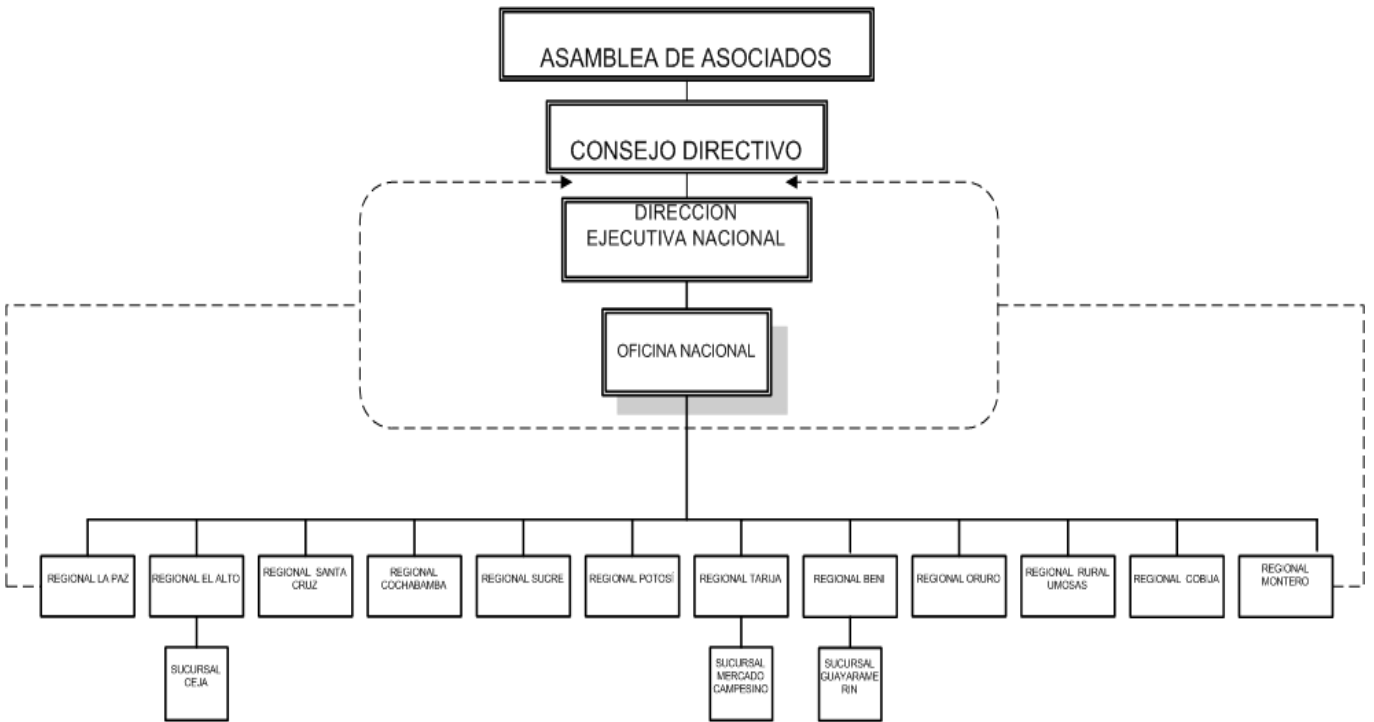


Fuente: [www.soysantacruz.com.bo](http://www.soysantacruz.com.bo)

El Proyecto deberá ser implementado en todas los establecimientos de salud de 2do nivel de CIES, en ciudades capitales de 6 departamentos de los 9 del país, de acuerdo al siguiente detalle:

- La Paz (Clínicas en La Paz y El Alto).
- Santa Cruz.
- Oruro.
- Chuquisaca.
- Potosí.
- Tarija.

## 21.5 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL





## 21.6 CRONOGRAMA

Objetivo General	Objetivos específicos	Resultados esperados	Actividades principales	Cronograma <sup>36</sup>			
				PT	ST	TT	CT
OG Mejorar la calidad de los ES de CIES a partir de la implementación de AMI como práctica institucionalizada obligatoria, desde la gestión 2015.	OE1 Aprobar e implementar la norma de obligatoriedad para la realización de AMI en todos los ES de CIES.	<b>R1 CIES cuenta con una Norma actualizada de AMI de aplicación obligatoria en todos sus ES.</b>	AR1.1 Elaboración, aprobación e implementación de norma actualizada de AMI de CIES.				
	OE2 Gestionar la asignación efectiva de recursos económicos en los planes operativos anuales de los ES de CIES, para la realización de AMI.	<b>R2 CIES ha creado y aprobado una partida presupuestaria mediante norma para el fortalecimiento de acciones de AMI a nivel institucional.</b>	AR1.2 Difusión de la norma actualizada de AMI e instrucción de obligatoriedad de su cumplimiento en los ES de CIES.				
	OE3 Desarrollar contenidos y realizar procesos de capacitación y/o actualización sobre AMI para profesionales de salud de los ES CIES.	<b>R3 CIES cuenta con profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI y comprometidos con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.</b>	AR2.1 Gestión para la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.				
		<b>R4 CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud.</b>	AR2.2 Supervisión y apoyo para la ejecución presupuestaria de AMI de CIES.				
			AR2.3 Seguimiento a la ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.				
			AR3.1 Diseño y desarrollo de módulos de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES.				
			AR3.2 Proceso de capacitación de capacitadores para la aplicación de norma de AMI.				
			AR3.3 Capacitación sobre AMI a profesionales de salud de los ES de CIES.				
			AR3.4 Conformación de comités de AMI y de calidad en los ES de CIES.				
			AR4.1 Diseño y desarrollo de sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.				
			AR4.2 Diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.				
			AR4.3 Evaluación de desempeño sobre la aplicación de AMI en los ES de CIES.				

Fuente: Elaboración propia

<sup>36</sup> Cronograma anual desagregado por trimestre.

## 21.7 PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

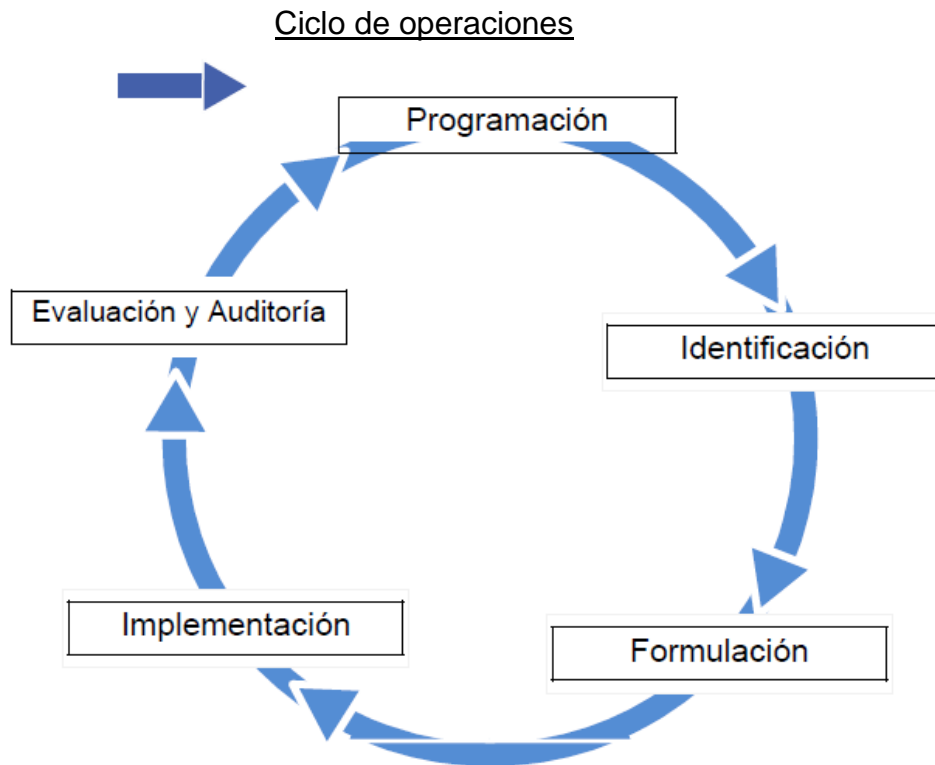
A continuación se describe el plan de ejecución del proyecto, expresado en la ruta crítica de acciones clave a seguir:

Etapas de ejecución	Descripción	Responsable
<b>Fase de elaboración y presentación de propuesta</b>	Corresponde a la elaboración del presente documento y luego de su aprobación académica será entregada a CIES para su consideración.	Dra. Marjorie Viscarra
<b>Fase de gestión y sensibilización para aprobación institucional</b>	Acciones de gestión y sensibilización ante las autoridades de CIES, explicando la utilidad y alcance de la aplicación de la propuesta para su aprobación institucional.	
<b>Fase de desarrollo tecnológico para la implementación de la propuesta en CIES</b>	Diseño, elaboración y desarrollo de tecnologías, instrumentos metodológicos y materiales para la implementación de la propuesta.	CIES con el apoyo de la Dra. Marjorie Viscarra
<b>Fase de implementación operativa</b>	Desarrollo de acciones de construcción participativa y de procesos de capacitación y actualización.	
<b>Fase de control, acompañamiento y apoyo técnico</b>	Desarrollo de sistema de control de calidad y monitoreo, eventos de supervisión y de asistencia técnica de acompañamiento.	

## 21.8 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El monitoreo del proyecto será realizado en forma mensual bajo la metodología de los ciclo cortos, que permita verificar el avance en el seguimiento.

La evaluación será en dos momentos a medio tiempo del año y al final de la gestión 2016, tomado en cuenta los indicadores planteados en el proyecto.



Fuente: Líneas directrices. Gestión del ciclo del Proyecto. Comisión Europea, 2004.

Definición del monitoreo, evaluación y auditoría

	Monitoreo y control regular	Evaluación	Auditoría
¿Quiénes?	Responsabilidad de la gestión interna a todos los niveles	Generalmente se incorporan competencias externas (objetividad)	Incorpora medios externos
¿Cuándo?	Permanente	Periódicamente - a medio término, en la última etapa, ex-post	Ex - ante al final (revisión de sistemas)
¿Por qué?	Verifica el progreso, toma a tiempo acciones reparadoras, actualiza planes	Permite aprender y aplicar lecciones aprendidas de otros programas/proyectos como un insumo en la revisión de políticas	Proporciona seguridad de buena ejecución a los stakeholders Proveer recomendaciones para mejorar el actual proyecto o futuros proyectos
Enlace con la jerarquía de objetivos del Marco Lógico	Medios, actividades, resultados	Resultados, objetivo específico, objetivos generales (y enlace con la pertinencia)	Medios, actividades y resultados

Fuente: Elaboración propia.

## 21.9 MATRIZ DE DETERMINACIÓN DE IOV

Objetivo General	Objetivos específicos	Resultados esperados	Actividades principales
<p>Mejorar la calidad de los ES<sup>37</sup> de CIES a partir de la implementación de AMI<sup>38</sup> como práctica institucionalizada obligatoria, desde la gestión 2016.</p> <p><b>IOV: OG1.1</b> Porcentaje de satisfacción de usuarios de los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: OG1.2</b> Porcentaje de denuncias por negligencia o maltrato en los ES de CIES.</p>	<p>OE1 Aprobar e implementar la norma de obligatoriedad para la realización de AMI en todos los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: OE1.1</b> Nº de ES de CIES que realizan AMI.</p> <p><b>IOV: OE1.2</b> Porcentaje de ES de CIES monitoreados sobre la realización de AMI.</p>	<p>R1 CIES cuenta con una Norma actualizada de AMI de aplicación obligatoria en todos sus ES.</p> <p><b>IOV: R1.1</b> Nº de ES de CIES que cuentan con nota de recepción y conformidad de instructivo de aplicación obligatoria de Norma de AMI.</p> <p>R1.1 CIES cuenta con un sistema específico de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud.</p> <p><b>IOV: R1.1</b> Sistema informático de Monitoreo de AMI.</p> <p><b>IOV: R1.2</b> Porcentaje de ES que reportan información sobre AMI a través de los instrumentos de monitoreo.</p> <p><b>IOV: R1.3</b> Porcentaje de ES evaluados sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.</p>	<p>AR1.1 Elaboración, aprobación e implementación de norma actualizada de AMI de CIES.</p> <p><b>IOV: AR1.1.1</b> Nº de procesos concluidos destinados a la aprobación de Norma CIES de AMI.</p> <p>AR1.2 Difusión de la norma actualizada de AMI e instrucción de obligatoriedad de su cumplimiento en los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: AR1.1.2</b> Nº de instructivos de oficina central de CIES de implementación obligatoria de la norma AMI en los ES.</p> <p>AR1.1 Diseño y desarrollo de sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES.</p> <p><b>IOV: AR1.1.1</b> Proceso administrativo de validación y aprobación del sistema de monitoreo de AMI.</p> <p>AR1.2 Diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo, supervisión y acompañamiento de las AMI y de la gestión de calidad de los servicios de salud de CIES</p> <p><b>IOV: AR1.2.1</b> Proceso administrativo de validación y aprobación del sistema de monitoreo de AMI.</p> <p>AR1.3 Evaluación de desempeño sobre la aplicación de AMI en los ES de CIES</p> <p><b>IOV: AR1.3.1</b> Nº de eventos de evaluación sobre desempeño en la realización de AMI de los ES de CIES.</p>
	<p>OE2 Gestionar la asignación efectiva de recursos económicos en los planes operativos anuales de los ES de CIES, para la realización de AMI.</p> <p><b>IOV: OE2.1</b> Porcentaje de ES con asignación presupuestaria en sus POA para AMI.</p> <p><b>IOV: OE2.2</b> Porcentaje de ejecución presupuestaria de AMI en ES de CIES.</p>	<p>R2 CIES ha creado y aprobado una partida presupuestaria mediante norma para el fortalecimiento de acciones de AMI a nivel institucional.</p> <p><b>IOV: R2.1</b> Porcentaje presupuestario aprobado para AMI en CIES.</p> <p><b>IOV: R2.1</b> Nº de líneas presupuestarias para AMI.</p>	<p>AR2.1 Gestión para la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.</p> <p><b>IOV: AR2.1.1</b> Nº de procesos concluidos destinados a la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.</p> <p>AR2.2 Supervisión y apoyo para la ejecución presupuestaria de AMI de CIES.</p> <p><b>IOV: AR2.2.1</b> Nº de eventos de supervisión de la ejecución presupuestaria de AMI en CIES.</p> <p>AR2.3 Seguimiento a la ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.</p> <p><b>IOV: AR2.3.1</b> Porcentaje de ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.</p>

<sup>37</sup> ES: Establecimiento de Salud.

<sup>38</sup> AMI: Auditoría Médica Interna.

	<p>OE3 Desarrollar contenidos y realizar procesos de capacitación y/o actualización sobre AMI para profesionales de salud de los ES CIES.</p> <p><b>IOV: OE3.1</b> Porcentaje de ES de CIES beneficiados con eventos de capacitación y/o actualización sobre AMI.</p> <p><b>IOV: OE3.2</b> Porcentaje de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y/o actualizados en AMI.</p>	<p>R3 CIES cuenta con profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI y comprometidos con la mejora continua de la calidad de los servicios de salud.</p> <p><b>IOV: R3.1</b> Nº de módulos y materiales educativos desarrollados e implementados para proceso de capacitación y actualización de AMI.</p> <p><b>IOV: R3.2</b> Porcentaje de profesionales de salud de CIES capacitados y actualizados en AMI.</p> <p><b>IOV: R3.3</b> Nº de comités de calidad y AMI conformados.</p>	<p>AR3.1 Diseño y desarrollo de módulos de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: AR3.1.1</b> Nº de paquetes de capacitación y actualización sobre AMI elaborados, validados y distribuidos a los ES de CIES.</p> <p>AR3.2 Proceso de capacitación de capacitadores para la aplicación de norma de AMI.</p> <p><b>IOV: AR3.2.1</b> Nº de profesionales de salud seleccionados formados como capacitadores en AMI.</p> <p>AR3.3 Capacitación sobre AMI a profesionales de salud de los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: AR3.3.1</b> Nº de eventos de capacitación sobre AMI realizados en los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: AR3.3.2</b> Nº de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y actualizados para el manejo integral de la norma de AMI.</p> <p><b>IOV: AR3.3.3</b> Porcentaje de aprobación de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados en AMI.</p> <p><b>IOV: AR3.3.4</b> Nº de eventos de evaluación sobre competencia práctica sobre AMI a profesionales de salud capacitados.</p> <p>AR3.4 Conformación de comités de AMI y de calidad en los ES de CIES.</p> <p><b>IOV: AR3.4.1</b> Nº de comités de AMI y calidad conformados en los ES de CIES.</p>
--	--	---	---

Fuente: Elaboración propia.

## 21.10 MEDIOS DE VERIFICACIÓN POR IOV

Indicador Objetivamente Verificable IOV	Medios de verificación
<b>IOV: OG1.1 Porcentaje de satisfacción de usuarios de los ES de CIES.</b>	Encuestas de satisfacción de usuarios.
<b>IOV: OG1.2 Porcentaje de denuncias por negligencia o maltrato en los ES de CIES.</b>	Informes anuales de registro de casos de negligencia o maltrato en los ES de CIES.
<b>IOV: OE1.1 Nº de ES de CIES que realizan AMI.</b>	Norma CIES de obligatoriedad para la realización de AMI en todos sus ES.
<b>IOV: OE1.2 Porcentaje de ES de CIES monitoreados sobre la realización de AMI.</b>	Sistema de monitoreo de AMI e informes anuales.
<b>IOV: OE2.1 Porcentaje de ES con asignación presupuestaria en sus POA para AMI.</b>	POA de los ES de CIES.
<b>IOV: OE2.2 Porcentaje de ejecución presupuestaria de AMI en ES de CIES.</b>	Informes anuales sobre estados financieros, administrativos y contables sobre ejecución presupuestaria de AMI de los POA de los ES de CIES.
<b>IOV: OE3.1 Porcentaje de ES de CIES beneficiados con eventos de capacitación y/o actualización sobre AMI.</b>	Informes de eventos realizados de capacitación y/o actualización sobre AMI en los ES de CIES.
<b>IOV: OE3.2 Porcentaje de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y/o actualizados en AMI.</b>	Lista de profesionales de salud de los ES de CIES que han sido capacitados y/o actualizados en AMI.
<b>IOV: R1.1 Nº de ES de CIES que cuentan con nota de recepción y conformidad de instructivo de aplicación obligatoria de Norma de AMI.</b>	Norma actualizada sobre AMI de CIES.
	Instructivo de obligatoriedad de cumplimiento de norma AMI en todos los ES de CIES.
<b>IOV: R1.1.1 Sistema informático de Monitoreo de AMI.</b>	Notas de recepción y conformidad de aplicación obligatoria de norma CIES de AMI, de ES.
	Sistema informático de monitoreo de AMI. Instrumentos de recolección de información para el Sistema de Monitoreo de AMI.
<b>IOV: R1.1.2 Porcentaje de ES que reportan información sobre AMI a través de los instrumentos de monitoreo.</b>	Informes de aplicación de instrumentos de recolección de información para el Sistema de Monitoreo de AMI.
<b>IOV: R1.1.3 Porcentaje de ES evaluados sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.</b>	Informes de evaluación de los ES sobre la calidad de sus servicios a través de AMI.
<b>IOV: R2.1 Porcentaje presupuestario aprobado para AMI en CIES.</b>	Norma de asignación presupuestaria para AMI.
<b>IOV: R2.1 Nº de líneas presupuestarias para AMI.</b>	POA institucional.
<b>IOV: R3.1 Nº de módulos y materiales educativos desarrollados e implementados para proceso de capacitación y actualización de AMI.</b>	Paquete pedagógico de capacitación y actualización en AMI.
	Informe de validación y aprobación del paquete pedagógico de AMI.
<b>IOV: R3.2 Porcentaje de profesionales de salud de CIES capacitados y actualizados en AMI.</b>	Lista de profesionales de salud capacitados y actualizados en AMI.
	Certificados de aprobación de eventos de capacitación y actualización sobre AMI.
<b>IOV: R3.3 Nº de comités de calidad y AMI conformados.</b>	Disposición institucional de creación y conformación de comités de calidad y AMI.
	Informe de conformación y puesta en marcha de los comités de calidad y AMI.
<b>IOV: AR1 1.1 Nº de procesos concluidos destinados a la aprobación de Norma CIES de AMI.</b>	Informe final sobre procesos de construcción participativa de la norma CIES de AMI concluidos.
	Norma actualizada CIES de AMI aprobada.
<b>IOV: AR1 1.2 Nº de instructivos de oficina central de CIES de implementación obligatoria de la norma AMI en los ES.</b>	Instructivos de oficina central CIES con sello de recepción de los ES.
<b>IOV: AR1.1 1.1 Proceso administrativo de validación y aprobación del sistema de monitoreo de AMI.</b>	Contrato de consultoría para el diseño y desarrollo de sistema de monitoreo AMI.
	Informes de conformidad técnica y administrativa sobre el cumplimiento de especificaciones técnicas para el diseño y desarrollo del sistema de monitoreo AMI en CIES.
<b>IOV: AR1.1 1.2 Proceso administrativo de validación y aprobación del sistema de monitoreo de AMI.</b>	Contrato de consultoría para el diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de

	monitoreo AMI. Informes de conformidad técnica y administrativa sobre el cumplimiento de especificaciones técnicas para el diseño y desarrollo de instrumentos metodológicos de apoyo al sistema de monitoreo AMI en CIES.
<b>IOV: AR4.3.1</b> Nº de eventos de evaluación sobre desempeño en la realización de AMI de los ES de CIES.	Informes de evaluación sobre aplicación de AMI.
<b>IOV: AR2.1.1</b> Nº de procesos concluidos destinados a la aprobación y designación presupuestaria de AMI en CIES.	Resolución institucional de aprobación de asignación presupuestaria para AMI de CIES. POA de CIES.
<b>IOV: AR2.2.1</b> Nº de eventos de supervisión de la ejecución presupuestaria de AMI en CIES.	Informe de eventos efectuados de supervisión a la ejecución presupuestaria de AMI en CIES.
<b>IOV: AR2.3.1</b> Porcentaje de ejecución presupuestaria de implementación de AMI en CIES.	Informe sobre ejecución presupuestaria anual de implementación de la AMI de CIES.
<b>IOV: AR3.1.1</b> Nº de paquetes de capacitación y actualización sobre AMI elaborados, validados y distribuidos a los ES de CIES.	Paquetes de capacitación y actualización de AMI elaborados (manual, módulos, instrumentos: material impreso y digital). Informe de validación de paquetes de capacitación y actualización sobre AMI. Notas de recepción y conformidad de los ES de CIES de paquetes de capacitación y actualización de AMI.
<b>IOV: AR3.2.1</b> Nº de profesionales de salud seleccionados formados como capacitadores en AMI.	Lista de capacitadores formados en AMI. Certificados de capacitación a capacitadores en AMI.
<b>IOV: AR3.3.1</b> Nº de eventos de capacitación sobre AMI realizados en los ES de CIES.	Informes de eventos realizados de capacitación sobre AMI en los ES de CIES.
<b>IOV: AR3.3.2</b> Nº de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados y actualizados para el manejo integral de la norma de AMI.	Lista de participantes de eventos realizados de capacitación y actualización de AMI en los ES de CIES. Certificados de capacitación a profesionales de salud de los ES de CIES sobre AMI.
<b>IOV: AR3.3.3</b> Porcentaje de aprobación de profesionales de salud de los ES de CIES capacitados en AMI.	Informes de aprobación de eventos de capacitación y actualización sobre AMI.
<b>IOV: AR3.3.4</b> Nº de eventos de evaluación sobre competencia práctica sobre AMI a profesionales de salud capacitados.	Informes de evaluación sobre competencias prácticas en AMI de profesionales de salud de los ES de CIES.
<b>IOV: AR3.4.1</b> Nº de comités de AMI y calidad conformados en los ES de CIES.	Actas de conformación de comités de AIM y calidad. Informes de designación de responsables de comités de AIM y calidad.

Fuente: Elaboración propia.



## 21.11 MATRIZ DE VALORIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE VIABILIDAD DE LA PROPUESTA

Componente	Expresión	Valorización	Resultado
<b>Viabilidad legal</b>	¿Se conoce la normativa que afecta al proyecto a desarrollar? ¿Existen condiciones y/o impedimentos legales para llevarlo a cabo?	Existe el marco normativo vigente y la norma institucional.	La propuesta tiene <b>plena viabilidad legal</b> .
<b>Viabilidad organizativa</b>	Experiencia, capacidad de gestión y disponibilidad de recursos (estructura, personal, etcétera).	CIES es una ONG con amplia experiencia y completamente consolidada.	La propuesta para CIES cumple con <b>alta viabilidad organizativa</b> .
<b>Viabilidad técnica</b>	Coherencia de los objetivos, resultados y actividades. Capacidad técnica de los RRHH institucionales.	Estructura de objetivos con base a marco lógico. CIES cuenta con personal técnico calificado y recursos institucionales disponibles.	La <b>viabilidad técnica es sustentable</b> .
<b>Viabilidad institucional</b>	¿Se conocen las prioridades en materia de promoción (subvenciones) o las líneas de actuación que afectan a la provisión de servicios de responsabilidad pública? ¿Se ha entablado un diálogo con la administración para conocer sus intereses y prioridades?	CIES cuenta con una política vigente de gestión de calidad de sus servicios.	CIES es la ONG líder en la prestación de servicios especializados de salud con enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos; en consecuencia la oportunidad de contar con un instrumento de búsqueda y garantía de calidad y medicina basada en evidencia, como la auditoría médica interna, le otorga a la propuesta <b>viabilidad institucional calificada</b> .
<b>Viabilidad tecnológica</b>	Posibilidad de disponer de tecnología necesaria.	CIES cuenta con plataformas tecnológicas propias y uso de tecnologías de información y comunicación disponibles y apropiadas al entorno socio cultural de su población beneficiaria.	<b>Viabilidad tecnológica demostrable</b> .

Fuente: Elaboración propia.