

**MODELO DE AUDITORIA PARA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN  
HOSPITAL DE III NIVEL**

**KAREN VIVIANA CASTAÑEDA CERQUERA**

**ELIÉCER HERNÁNDEZ RÍOS**

**JACQUELINE NIÑO RUBIO**

**ALIETH CECILIA RODRIGUEZ RUBIO**

**CLAUDIA JAZMIN ZARATE AREVALO**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA**

**FACULTAD DE POST GRADOS**

**ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**BOGOTA**

**2014**

**MODELO DE AUDITORIA PARA OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN UN  
HOSPITAL DE III NIVEL**

**KAREN VIVIANA CASTAÑEDA CERQUERA**

**ELIÉCER HERNÁNDEZ RÍOS**

**JACQUELINE NIÑO RUBIO**

**ALIETH CECILIA RODRIGUEZ RUBIO**

**CLAUDIA JAZMIN ZARATE AREVALO**

**Proyecto de Investigación Para optar el Título de  
Especialista En Gerencia de Servicios de Salud**

**Tutor**

**DR. GUILLERMO CASTRO PAEZ**

**UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA**

**FACULTAD DE POST GRADOS**

**ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**BOGOTA**

**2014**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Bogotá D.C., Febrero 28 de 2014

## Contenido

	<b>pág.</b>
Introducción	1
1. Problema de investigación	2
2. Descripción del problema	3
3. Justificación	4
4. Objetivo	6
4.1 objetivo general	6
4.2 objetivos específicos	6
5. Alcance del proyecto	7
6. Hipótesis principal	8
6.1 variables	8

7. Metodología	9
8. Marco teórico	11
8.1 modelo d.o.p.r.i	21
9. Diagnostico institucional	26
10. Resultados	37
10.1 modelo de auditoría “cita”:	37
11. Metodología	45
11.1 ficha técnica de la metodología	45
11.2 bloques del método canvas, aplicado a la auditoría de procesos en salud	47
11.3 bloques de construcción del proceso	48
11.4 bloques de remodelación del proceso	51
11.5 interrelación del método canvas con la norma iso 9001:2008	54
11.6 revisión y mejora del modelo	55
12. Conclusiones	57
Referencias Bibliográficas	58

## Lista de Tablas

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Cronograma de actividades	10
Tabla 2. Auditoria Interna y Externa	14
Tabla 3. Características	16
Tabla 4. La Auditoria Médica, Características Actuales y Deseables	18
Tabla 5. Ponderación	19
Tabla 6. Motivos de glosa con valor aceptado durante el año 2013	27
Tabla 7. Motivos de Glosa por pertinencia año 2013	28
Tabla 8. Glosa aceptada por estancia según las áreas afectadas en la IPS	29
Tabla 9. Causas motivo de glosa unidad de cuidado crítico	30
Tabla 10. Causas motivo de glosa área de hospitalización general	31
Tabla 11. Motivos de glosa por soportes durante el año 2013	33
Tabla 12. Responsables de glosa definitiva por soportes de medicamentos	34
Tabla 13. Motivo de glosa definitiva por facturación	35
Tabla 14. Evaluación de la Estructura Funcional	39
Tabla 15. Evaluación del Sistema de información.	40
Tabla 16. Evaluación de los Procesos	40
Tabla 17. Modelo de negocio Canvas relacionado con sistemas de gestión de calidad	54

## Lista de Figuras

	<b>pág.</b>
Figura 1. Modelo DOPRI	21
Figura 2. Porcentaje de Aceptación por motivos de Glosa Año 2013	27
Figura 3. Porcentajes de glosa aceptada por motivo de pertinencia año 2013	28
Figura 4. Porcentaje de glosa aceptada por estancia según las áreas afectadas en la IPS.	29
Figura 5. Porcentaje causas motivo de glosa unidad cuidado crítico	30
Figura 6. Porcentaje causas motivo de glosa área hospitalización general	31
Figura 7. Porcentaje de glosa definitiva por soportes durante el año 2013	33
Figura 8. Porcentaje responsables de glosa por soportes de medicamentos	34
Figura 9. Motivos aceptados, glosa – facturación	35
Figura 10. Proceso	44
Figura 11. Metodología CANVAS	46
Figura 12. El cliente Interno	48
Figura 13. Propuesta de Valor	49
Figura 14. El Canal	49
Figura 15. La Relación	50
Figura 16. Flujo de Ingresos y Beneficios	51
Figura 17. Recursos necesarios	51

Figura 18. Actividades Clave.	52
Figura 19. Alianzas	52
Figura 20. Costo	53



## Glosario

**ACUERDO DE VOLUNTADES:** es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

**AUTORIZACIÓN:** es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

**CÓDIGO GLOSA DEFINITIVA:** este campo será diligenciado por la entidad responsable del pago.

**CÓDIGO GLOSA INICIAL:** código para cada una de las causas de glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse una fila para cada causa.

**CÓDIGO RESPUESTA A GLOSA:** este campo será diligenciado por el prestador según la codificación establecida

**DETALLE DE CARGOS:** es la relación discriminada de la atención por cada usuario, de cada uno de los ítem(s) resumidos en la factura, debidamente valorizados. Aplica cuando en la factura no esté detallada la atención. Para el cobro de accidentes de tránsito, una vez se superan los topes presentados a la compañía de seguros y al FOSYGA, los prestadores de servicios de salud deben presentar el detalle de cargos de los servicios facturados a los primeros pagadores, y las entidades responsables del pago no podrán objetar ninguno de los valores facturados a otro pagador.

**ENTIDADES RESPONSABLES DEL PAGO DE SERVICIOS DE SALUD:** se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

**FACTURA POR EL COBRO AL SOAT Y/O FOSYGA:** corresponde a la copia de la factura de cobro emitida a la entidad que cubre el seguro obligatorio de accidentes de tránsito - SOAT y/o a la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del FOSYGA por la atención de un paciente.

**FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE:** es el documento que representa el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago de servicios de salud, por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador, que debe cumplir los requisitos exigidos por la DIAN, dando cuenta de la transacción efectuada.

**HISTORIA CLÍNICA:** es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Solo podrá ser solicitada en forma excepcional para los casos de alto costo.

**FECHA GLOSA DEFINITIVA:** fecha en la cual la entidad responsable del pago decide dejar como definitiva una glosa

**FECHA PAGO POR GLOSA LEVANTADA:** fecha en la cual la entidad responsable del pago cancela al prestador de servicios de salud el valor que aceptó levantar.

**FECHA GLOSA INICIAL:** corresponde a la fecha en la cual se formula y registra la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

**GLOSA:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.

**LA CONTRARREFERENCIA:** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

**LA REFERENCIA:** es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

**MODELO DE ATENCIÓN:** comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad

resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:** se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.

**RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS:** es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

**REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

**RESPUESTA A GLOSAS Y DEVOLUCIONES:** se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

**RESULTADO DE LOS EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO:** reporte que el profesional responsable hace de exámenes clínicos y paraclínicos. No aplica para apoyo

diagnóstico contenido en los artículos 99 y 100 de la Resolución 5261 de 1994.

**RESUMEN DE ATENCIÓN O EPICRISIS:** resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia, hospitalización y/o cirugía y que debe cumplir con los requerimientos establecidos en las Resoluciones 1995 de 1999 y 3374 de 2000, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

**VALOR DE GLOSA DEFINITIVO:** valor de la glosa inicial aceptado por el prestador en forma parcial o total posterior al proceso de respuesta de glosa y o devolución en donde la entidad responsable de pago no genera pago.

**VALOR GLOSA INICIAL:** valor de la glosa inicial. En caso de que una factura tenga más de una causa de glosa, debe diligenciarse un registro para cada causa.

## **Resumen**

Frente a un mundo globalizado y exigente las instituciones de hoy deben desarrollar planes de calidad inteligentes que permitan mejorar y fortalecer su desempeño, por tanto, la auditoría es una herramienta fundamental para el éxito corporativo y más aún cuando se trata de empresas que tienen por objeto trabajar con la salud de las personas. La Institución de Salud debe realizar una gestión responsable con el fin de garantizar su estabilidad en el tiempo, su crecimiento y desarrollo y así prestar un servicio humano, oportuno y eficiente. Además se hace relevante el diseño de un modelo de auditoría para el sector salud, analítico y didáctico, fácil y a la vez participativo, que genere espacios de construcción y remodelación de los procesos revisados. Ese es el propósito del presente trabajo de grado. Por el bienestar de la sociedad y de las instituciones de salud, "C.I.T.A" es el nombre del nuevo modelo de auditoría en Colombia

## **Abstract**

In a globalized world and demanding institutions today must develop plans that enhance smart quality and strengthen their performance. Also the audit is an essential tool for corporate success and even more when it comes to companies that I am working with the health of people. The Institution of Health should make responsible management in order to ensure their stability over time, growth and development and thus provide a human, timely and efficient service. Also relevant is the design of an audit model for the health sector, analytical and didactic, yet easy participatory spaces that generate construction and remodeling of revised processes. That is the purpose of this graduate work.

For the welfare of society and health institutions, "C.I.T.A" is the name of the new audit model in Colombia

## **Introducción**

El proceso de auditoría se ha convertido en una de las más importantes herramientas como mecanismo esencial de todo el sistema de salud para la medición orientada a la calidad y los servicios prestados aun cuando el enfoque también se mida en la parte contable, por ello se crean interrogantes acerca del aprovechamiento al máximo y el minimizar las pérdidas económicas en el ofrecimiento de algunos servicios en hospitales y demás centros de atención en salud.

Se hace importante resaltar la auditoria con sus diferentes modelos implantados como una instancia de educación donde se intenta filtrar y aprovechar las experiencias instaurando correcciones graduales para fomentar el mejoramiento, adaptación , utilización y producción en cada uno de los modelos, a fin de no solo satisfacer los requerimientos de los pacientes si no generar una fuente de maximización económica que genere beneficios sostenibles y aprovechables en el ámbito salud, orientada a generar la probabilidad de ofrecer servicios de gran satisfacción reflejados en resultados de progreso continuo.

## **1. Problema de Investigación**

En una institución prestadora de servicios de salud Pediátrica de III nivel de atención, se observan procesos ineficientes que generan pérdida de recursos financieros durante la atención a los Usuarios



## **2. Descripción del Problema**

La institución actualmente evidencia grandes pérdidas de recursos financieros por motivo de glosa en el área administrativa, unidades de cuidado crítico y hospitalización generadas por diferentes causas y responsables, lo que crea día a día un detrimento patrimonial y deficiencias en la atención en salud que afectan la calidad de los servicios ofertados.

Actualmente no existe un programa de control eficiente que permita detectar las desviaciones en los procesos y sus responsables de forma retrospectiva con la información que se genera mensualmente y anual del área de cuentas médicas, en lo que respecta al valor de glosa definitiva; lo que favorece a que perdure esta situación y aumente progresivamente la glosa ligado a la pérdida de recursos financieros.

### **3. Justificación**

El rol de las instituciones de salud está orientado a la mejora de la calidad de vida de sus pacientes y para cumplir dicho fin, la variable financiera es determinante. El enfoque de la institución, objeto del trabajo de grado, ha sido desde sus inicios hace más de cien años, la salud de la población infantil en Colombia. En la actualidad uno de los retos más grandes que ha asumido es competir con calidad, oportunidad y eficacia, haciendo énfasis en la atención humanizada y personalizada. Sin embargo, las pérdidas continuas de recursos financieros obstruyen el logro de dicho objetivo y generan la necesidad de una reestructuración, lo cual constituye una de las principales razones para la realización del presente documento.

La segunda razón que se ha identificado es la utilidad de la propuesta de una Gerencia de Cambio basada en procesos en el contexto de la Acreditación, con lo cual la Institución planea aproximarse al cumplimiento del objeto declarado en su plataforma estratégica, en donde los principios del Sistema único de Acreditación en Salud determinan que de la eficiencia que genere la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos se obtendrán los mejores resultados posibles.

Un tercer elemento es la oportunidad de mejora detectada para el desempeño de algunos procesos determinantes en la prestación de servicios de salud, tales como las autorizaciones, la pertinencia, la optimización del periodo de estancia y la facturación. La evaluación preliminar del estado de éstas revela falencias y por lo tanto, la necesidad de un modelo administrativo que propenda por el cumplimiento de las iniciativas estratégicas implantando procesos eficaces y

eficientes y que se articulen con las metas organizaciones. En ese marco son relevantes las actividades de auditoría y control interno, tal como lo describe Mejía (2006): "...contando con procesos formalizados y documentados, que evaluados con indicadores válidos, permiten observar el cumplimiento global de la organización o generar elementos para una retroalimentación que le facilite a la institución en salud cumplir con su misión"(p.22).

Por las anteriores razones, se considera que el tema de investigación aquí propuesto es relevante y significativo en el ejercicio gerencial de la Institución escogida y que permitirá obtener resultados medibles en cuanto a la mejora de la gestión administrativa, determinando que la línea de investigación a seguir es el impacto de la sostenibilidad y sustentabilidad administrativa, económica y financiera en salud.

## **4. Objetivo**

### **4.1 Objetivo General**

Crear un modelo de auditoría en una institución prestadora de servicios de tercer nivel de complejidad, que optimice los recursos, genere sostenibilidad y a su vez garantice la calidad de la atención en salud.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las diferentes causas valorizadas en la institución que llevan a la pérdida de recursos financieros durante el año 2013.
- Diseñar un modelo de auditoría para el mejoramiento continuo que sea aplicable para todas las áreas permitiendo mejorar y optimizar los procesos minimizando las pérdidas financieras de la institución.

## **5. Alcance del Proyecto**

El modelo de auditoría a crear está dirigido a un hospital de tercer nivel, especializado en atención pediátrica con el fin de mejorar los procesos de atención en el áreas asistencial y administrativa.

Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de acreditación, este proyecto permite brindar un plan de mejoramiento continuo y sostenible en el tiempo, asegurando una atención oportuna, eficaz y efectiva a la población pediátrica, evitando las pérdidas de recursos financieros por estas deficiencias y así mismo optimizando los recursos.

El diseño del modelo de auditoría está proyectado a los profesionales idóneos de las áreas administrativa y asistencial los cuales deberán mejorar conjuntamente sus actividades.

Permitirá solucionar los procesos que generan valores de glosa definitivo que en el contexto su mayoría son prevenibles.

Generar evidencias que soporten los mejoramientos en los procesos del hospital, lo cual se ve reflejado en la calidad de atención y en la disminución de glosa y de aceptación del mismo, teniendo un gran impacto financiero en la institución permitiendo la optimizando recursos.

## **6. Hipótesis Principal**

Con un mayor control en los procesos de atención en salud la institución prestadora de servicios de tercer nivel de complejidad optimizará sus recursos y tendrá una sostenibilidad financiera permanente brindando una prestación de servicios eficaz, eficiente y efectiva, asegurando que sea de alta calidad y cumpliendo con todos los recursos necesarios para la atención de su población.

### **6.1 Variables**

- El diseño de un modelo de auditoría será efectivo, en la medida que se alcance la optimización de recursos y procesos durante la atención en el hospital de tercer nivel.
- Si hay un mayor gasto en los recursos destinados a la atención en salud sin justificación o debido a procesos ineficientes, habrá mayores glosas por parte del asegurador.
- Sin control en los procesos del área asistencial y administrativo se perpetuará y aumentará la pérdida de recursos financieros en la institución.

## 7. Metodología

- Se realizará en el hospital de tercer nivel por medio del informe de glosas del año 2013: un estudio descriptivo de forma retrospectiva en el área de cuentas médicas que permite detectar las causas que generan pérdidas de recursos financieros por motivo de glosa.

- Revisión sistemática en la literatura por internet y medios físicos literarios a nivel internacional, normatividad y modelos de auditoría aplicados en Colombia para diseñar el modelo de auditoría que se ajuste a los procesos que se quieren optimizar.

- Se inicia tabulación y valorización de los motivos de glosa estableciendo cuales tienen un mayor impacto financiero en la institución y un análisis caso a caso para establecer las causas puntuales que son generadoras de glosa definitiva, lo que permite tener un diagnóstico situacional confiable para poder diseñar un modelo de auditoría que sea aplicable a las áreas afectadas.

- Se diseña el modelo de auditoría por el grupo de trabajo y se establecen los posibles resultados que se obtendrán con el modelo de auditoría propuesto.

Este proyecto se realizó bajo la asesoría del docente encargado y el grupo de trabajo compuesto por 5 integrantes de la especialidad de gerencia en servicios de salud,

**Tabla 1. Cronograma de actividades**

Actividad	Año 2013								Año 2014	
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Entrega anteproyecto										
Tabulación información institucional										
Realización diagnostico institucional										
Revisión literatura modelos de auditoria										
Diseño, Modelo de Auditoria										
Valoración de resultados entrega de tercera etapa del proyecto										

Nota. Elaborado por los Autores



## 8. Marco Teórico

La historia plantea que desde hace siglos, se habla en términos de calidad y auditoria en torno al mundo de la salud. Uno de sus apartes más importantes se refleja en el Juramento Hipocrático del año 460 A.C, en donde en uno de sus apartes menciona: “No ejecutaré la talla, dejando tal operación a los que se dedican a practicarla” (Ortiz,F.,2009,p.3).

Otros documentos relevantes alrededor del manejo de la salud están involucrados en el Libro Domesday de 1066 realizado en Inglaterra en el año 1085 a 1086 que contiene el censo poblacional para el cobro de tributos.

El estudio realizado por la enfermera Florence Nightingaleen, en donde aborda el tema de enfermedades infecciosas intrahospitalarias como principal causa de fallecimiento en los hospitales Británicos de Scutari, posterior a la guerra de Crimea en el año1854, encontrando que factores como la inundación con aguas sucias y no tener provisión de agua potable en los hospitales , generaba una aumento de la mortalidad en pacientes que ingresaban por lesiones traumaticas, una vez detecto el problema propuso soluciones a corto plazo. Scutari en los seis meses siguientes bajó la mortalidad del 40% al 2 % de los soldados admitidos considerándose en la historia el primer reporte sobre calidad del cuidado médico y soluciones viables.

Ernest Hey Groves en el año de 1908, como miembro del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra propuso establecer una organización nacional para la recolección de datos de manera uniforme. Solicitando a 15 grandes hospitales, la información requerida para descubrir la mortalidad operativa de varias cirugías.

En 1914 Edward A. Godman en Boston, EE.UU, propone un método en el cual se intentaba establecer los resultados del tratamiento de los pacientes hospitalizados, quería saber “si el tratamiento había sido exitoso y en caso que no el por qué”, a fin de prevenir los errores en el futuro.

En 1918, el Colegio Americano de Cirugía define los principios de la estructuración orgánica hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoría.

El Colegio Real de Médicos Generales de Inglaterra en el año 1977 percibía deficiencias en la calidad de la práctica general, y reconocía la influencia de la Auditoría médica como una manera de mejorar los estándares de atención.

La Norma ISO 19011 establece directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental”, proporciona una guía de buenas prácticas de auditoría de acuerdo con el entorno de hoy en día en donde muchas organizaciones han implementado sistemas de gestión (Calidad, Ambiental, Seguridad y salud ocupacional, etc.). Orienta a todos los usuarios y organizaciones, en lo que se llama "auditorías internas" y "las auditorías realizadas por los clientes en sus proveedores". Establece que lo clave de la elaboración de un programa de auditorías es que se debe incluir la auditoría de uno o más sistemas de gestión, y asignar los recursos necesarios para controlar los aspectos de mayor importancia dentro de estos sistemas de gestión. Define las competencias de la persona responsable del programa de auditoría, además se dan las pautas sobre el conocimiento y habilidades de los auditores y auditores líderes de sistemas de gestión.

Las competencias se basan en: el Conocimiento y habilidades genéricas de sistemas de gestión, y del área específica.

También define los principios de la auditoría:

- Confidencialidad,
- Integridad
- Presentación ecuaníme,
- Independencia,
- Enfoque basado en la evidencia y debido cuidado profesional.

Incluye lo que debe hacer la persona responsable del programa de auditorías para implementarlo, define los objetivos, alcance y criterios para una auditoría. Además evalúa el desempeño de los integrantes del equipo de la misma.

Estos son los pasos a seguir en la preparación, realización y posterior informe de la auditoría.

Dentro de la preparación de las actividades de auditoría esta: La realización de la revisión documental en la preparación de la auditoría, Preparación del Plan, Asignación de trabajo al equipo de auditoría, Preparación de los documentos de trabajo.

Para la realización de las actividades de auditoría se sigue: la reunión de apertura, la realización de la revisión documental durante el desarrollo de la auditoría, comunicación durante la auditoría, asignación de roles y responsabilidades de guías y observadores, recolección y verificación de información, generación de hallazgos de auditoría, preparación de conclusiones de la misma y la realización de la reunión de cierre.

Para la preparación y distribución del informe de auditoría esta: conclusión de la auditoría, realización de la Reunión de Cierre, las conclusiones de la auditoría pueden indicar la necesidad de tomar: acciones correctivas, y acciones preventivas o de mejora.

Esta norma define las cualidades que debe tener un líder del equipo de auditorías, este deberá haber adquirido experiencia en estos procesos, la experiencia deberá haberse logrado

mediante el trabajo como director y guía de diferentes equipos de auditoría.

Es importante diferenciar la auditoría interna de la externa, hay diferencias importantes :

**Tabla 2. Auditoría Interna y Externa**

<b>Diferencia entre auditoría interna y externa concepto</b>	<b>Auditoría interna</b>	<b>Auditoría externa</b>
Sujeto	Empleado (Evitar que traslade información a otros sitios) Función: salvaguarda empresa	Profesional Independiente: se fija solo en la imagen fiel (legislación vigente) Su Función es evaluar empresa.
Grados de independencia	Limitada: El auditor interno no se limita exclusivamente a dar un informe de todo sino que se dedica a evaluar las peticiones de la dirección o del consejo. ESTA OBLIGADO A SEGUIR UN PROGRAMA	Total: Está sujeto a las directrices técnicas de auditoría.
Responsabilidad	Laboral	Penal: El informe del auditor tiene consecuencias jurídicas
Objetivo	Examen de gestión (=Toda actuación que se realice sobre activos o pasivos de la empresa) El sentido de activo o pasivo debe tomarse como se consideran desde el derecho mercantil.	Examen de la situación financiera para dar opinión
Informe emitido	Dirigido a la gerencia, dirección y/o Consejo de Administración. Puede hacerse para cualquier tipo de empresa	Accionistas o Consejo de Administración: Con carácter obligatorio si lo obliga la ley o con carácter optativo si lo desea la empresa. Se acompaña a las cuentas anuales y se da a conocer en la junta general en junio aproximadamente.
Uso del Informe	Va dirigido exclusivamente a la empresa ( Su transmisión tiene carácter penal )	Va dirigido a la empresa y al público en general. Necesidad para cotizar en bolsa y emitir todo tipo de valores

Nota. Datos obtenidos de (SENA, 2012)

La institución de salud en Colombia durante su proceso de Habilitación debe haber evidenciado su capacidad Técnico Administrativa con la cual pretende brindar seguridad al paciente como lo registra su página web el Ministerio de Salud y de la Protección Social:

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). (Ministerio de Salud, 2012, p.3).

El Doctor Mejía García, B (2006), escribió en su libro Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud que :

Uno de los aspectos más importantes de la gestión por procesos, para el logro de las metas organizacionales, es poder desarrollar actividades de auditoría y control interno, contando con procesos formalizados y documentados, que evaluados con indicadores válidos, permiten observar el cumplimiento global de la organización o generar elementos para una retroalimentación que le facilite a la institución en salud cumplir con su misión. (p.44).

Uno de los componentes establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud en el país es la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad definida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada

respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”. (Ministerio de Salud, 2012, p.3).

Según lo establecido en la norma internacional ISO 19011 de 2011 en el ejercicio de la auditoría se utilizará el método que más se ajuste a la Institución o una combinación de diferentes métodos. Por lo tanto la (Organización Internacional de Normalización, 2011), argumenta:

Una auditoría puede ser realizada usando un amplio rango de métodos de auditoría. En este anexo se puede encontrar una explicación de los métodos de auditoría comúnmente usados. Los métodos de auditoría escogidos para una auditoría dependen de los objetivos, alcance y criterios de auditoría definidos, así como de la duración y ubicación. También se debería tener en cuenta la competencia del auditor disponible y cualquier incertidumbre que surja de la aplicación de los métodos de auditoría. La aplicación de una variedad y combinación de diferentes métodos de auditoría puede optimizar la eficiencia y efectividad del proceso de auditoría y su resultado. (p.6).

**Tabla 3. Características**

Grado de interacción entre el auditor y el auditado	Ubicación del auditor	
	En sitio	Remota
Interacción humana	Conducir entrevistas. Completar listas de verificación y cuestionarios con la participación del auditado. Revisión documental con participación del auditado. Muestreo.	A través de medios de comunicación interactiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>— entrevistas;</li> <li>— completar listas de chequeo y cuestionarios;</li> <li>— revisión documental con participación del auditado.</li> </ul>

**Tabla 3** (Continua)

Sin interacción humana	Revisión documental (ej. registros, análisis de datos). Observación del trabajo realizado. Visita a sitio. Completar listas de verificación. Muestreo (ej. productos).	Revisión documental (ej. registros, análisis de datos). Observación de trabajo a través de medios de vigilancia, teniendo en cuenta requisitos legales y sociales. Análisis de datos.
<p>Las actividades de auditoría en sitio son llevadas a cabo en las instalaciones del auditado. Las actividades de auditoría remota son desarrolladas en otro sitio diferente a las instalaciones del auditado, independientemente de la distancia.</p> <p>Las actividades interactivas de auditoría involucran interacción entre el personal del auditado y el equipo auditor. Las actividades no interactivas de auditoría no involucran interacción humana con personas que representan al auditado pero sí con equipo, instalaciones y documentación.</p>		

*Nota.* Elaborado por los Autores

Según lo direcciona el cuadro 3, se utilizará un modelo que permita la interacción permanente del auditado y del auditor en su sitio de trabajo, con el fin de analizar el proceso y construir acciones conjuntas entre el proceso proveedor y el proceso cliente para el mejoramiento continuo del servicio o producto. De acuerdo a lo expuesto por ( Ortiz, F. , 2009) : “Un plan de mejoramiento de procesos se torna obligatorio para: Hacer efectivos los procesos, generando los resultados esperados; Hacer eficientes los procesos, minimizando los recursos empleados; Hacer los procesos adaptables para adaptarlos a los clientes y al entorno”. (p.3).

En la siguiente tabla el Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo durante la conferencia dictada en el marco del XI congreso de la Asociación Latinoamericana de los Sistemas Privados de Salud, ALAMI, realizada en Cartagena durante los día 11 al 13 de mayo de 2005, abordó la problemática de la auditoría médica y los esfuerzos por mejorar el control en la calidad en la

atención médica, presentó la características de una auditoría actual y una deseable donde revela el verdadero sentido de la misma.

**Tabla 4. La Auditoría Médica, Características Actuales y Deseables**

Rasgo	Auditoría predominante	Auditoría deseable
Objetivo	Control de costos para pagadores	Mejorar la calidad para el paciente
Énfasis	En tarifas, insumos y procesos, con enfoque transaccional	En la organización de los servicios y los productos y resultados obtenidos, incluyendo la satisfacción de los usuarios. Enfoque sistémico, estructural
Cuándo	Ex post (reactiva)	Concurrente (en el servicio)
Por quién	Audidores generales	Pares idóneos
De quién	De una y otra parte, unilateral y defensiva (se audita lo auditado)	De ambas partes (asegurador y prestador), en consenso
Información	Pobrementemente articulada con los sistemas de información existentes, así sean débiles	Articulada con sistemas de información e interesada en su mejoramiento continuo
Para las partes	Costosa	Útil
Para el paciente	Indiferente, cuando no perjudicial para la calidad de su atención	Agrega valor pues mejora la calidad de la atención dada

Nota. Elaborado por los Autores

El libro Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente presenta que “hay dos grandes sistemas en la auditoría institucional el área científica, el área administrativa y financiera.” (Malagón Londoño, G y Galan, R, 2009,p.56).

El área científica contiene componentes asistenciales, docentes e investigativos, incluye la auditoría médica en aspectos diagnósticos y terapéuticos.



El área administrativa financiera, trata lo relacionado con el control interno de la parte institucional, que cubre los aspectos administrativos y financieros. De acuerdo a (Malagón Londoño, G y Galan, R, 2009), explican :

De acuerdo con lo anterior las instituciones pueden ubicarse en el nivel I que se conforma por la presencia de médicos y profesionales generales de ciencias de la salud, el nivel II se conforma por la presencia de especialidades básicas tales como: Medicina Interna, cirugía, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría, anestesia, línea de trauma, cirugía general, neurocirugía, ortopedia y traumatología, cirugía plástica, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, y rehabilitación de los diferentes sistemas y aparatos. En el nivel III se conforma por supraespecialistas que trabajan en equipo.

Los niveles III y IV cuenta con UCI neurológica, postquirúrgica, coronaria, pediátrica, neonatal, renal, de quemados, para estos existen unos formularios que permiten identificar los perfiles institucionales, teniendo las características propias de cada institución ambulatoria desde la más simple hasta la más compleja, en cada cuadro incluye los procedimientos, la ponderación y calificación obtenida.,(p.33).

El siguiente Cuadro, muestra un ejemplo de lo expuesto:

**Tabla 5. Ponderación**

Procedimientos médicos	No	Si	Ponderación	Calificación
Examen clínico			3	
Anestesia local			2	
Infiltraciones			1	
<b>Toma de muestras</b>				
Citología			3	
Biopsias			3	

**Tabla 5** (Continua)

Procedimientos médicos	No	Si	Ponderación	Calificación
Otoscopia			3	
Rinoscopia			3	
Fondo de ojo			3	

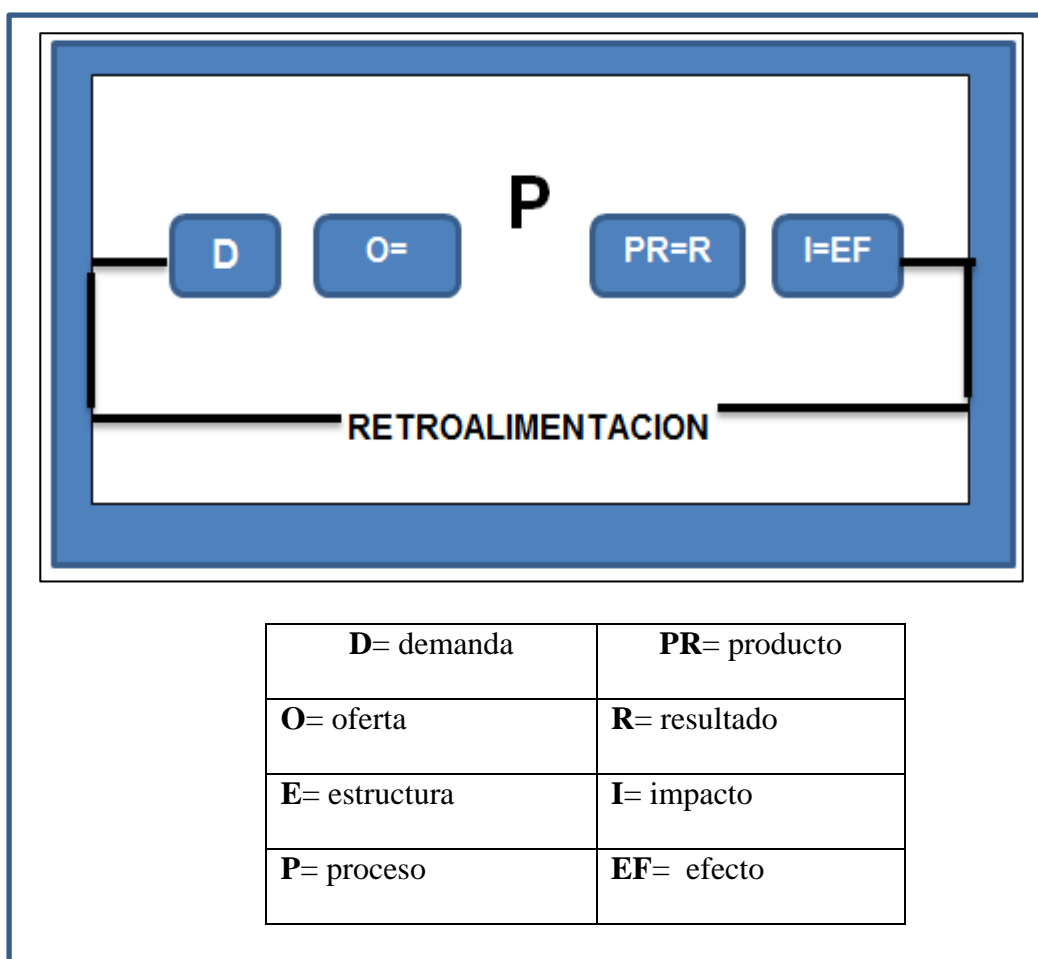
Nota. Elaborado por los Autores

La calidad de la atención en salud es una de las mayores responsabilidades a la hora de la prestación de los servicios de salud a la población y es una necesidad que requieren estos servicios. Con las legislaciones que regulan estos servicios se ha puesto en evidencia la necesidad de planear y ejecutar precisos programas de garantía de calidad y de evaluarlos periódicamente, con el fin de mejorar los ya establecidos para brindarle a la población una atención ajustada a las exigencias de la buena calidad.

Las instituciones prestadoras de salud deben evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. Aunque es escaso realizar una auditoría de calidad, ya sea por falta de una metodología clara y sencilla, que se pueda aplicar a todas las instituciones, lo que permitiría generar información útil para la toma de decisiones, orientadas a mejorar progresivamente la calidad de la atención.

Se plantea un modelo DOPRI de evaluación institucional desarrollado por Galán que reúne características que se dijeron anteriormente y que en forma objetiva y practica permite evaluar la calidad de la atención en las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud realizando cambios que cada una requiera de acuerdo con sus propias características.

## 8.1 Modelo D.O.P.R.I



*Figura 1. Modelo DOPRI.* Elaborado por los Autores

El modelo DOPRI considera que para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta 6 componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto, con su respectiva retroalimentación.

Cada uno de los componentes mencionados, incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de evaluación que permiten la evaluación integral de los organismos de salud, cualquiera que sea su nivel de atención y grado de complejidad, permitiendo identificar las fallas o vacíos en la prestación de los servicios de salud.

El modelo DOPRI, según el libro Garantía de Calidad en Salud, “constituye el primer eslabón, de la cadena de garantía de calidad en salud.

El segundo eslabón constituye la matriz DOFA, la cual señala fortalezas y debilidades de la institución, al igual amenazas y oportunidades del entorno.

El tercer eslabón corresponde a las conclusiones que salen de la matriz DOFA, que se relacionan con el contexto, demanda, oferta, los procesos los resultados, y el impacto registrado en cada institución.

El cuarto eslabón está constituido por las recomendaciones de la matriz DOFA, en los componentes de estrategias.

El modelo que se presenta se puede constituir en la base de cualquier institución o servicio para crear un “sistema de mejoramiento continuo hacia la calidad”.

El modelo incorpora indicadores de estructura, proceso, y resultado, como definición de control de gestión, elemento fundamental para garantizar materia en calidad en salud.

Después de esto se recomienda aplicar la matriz DOFA para identificar fortalezas y debilidades de la institución y las amenazas existentes del futuro en el entorno.

El decreto 4747 del 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, establece:

La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención. (Decreto 4747, 2007, p. 2).

Las instituciones de salud deben regirse por la resolución 3047 de 2008, la cual reglamenta acerca de los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables, define el tiempo máximo de solicitud de autorización, para la prestación de los servicios a las entidades, ya sea en la atención inicial de urgencias, servicios posteriores a esta y los servicios electivos, a su vez estandariza los formatos para la solicitud de dichas autorizaciones, los medios de envío y recepción de la información, establece quien debe hacer las cotizaciones de los servicios. Además las instituciones deben disponer del recurso humano y tecnológico necesario para cumplir los procesos y procedimientos, define que entre las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de servicios se podrán acordar mecanismos de revisión y visado de las facturas o cuentas para que se realicen de manera previa a la presentación y/o radicación de las mismas. También establece la codificación de las causas de glosa, devoluciones. (Resolucion 003047, 2008)

La Dra. Laura Cartuccia, Especialista en Auditorías Médicas, escribió acerca de este tipo de auditorías:

La Revisión concurrente de Auditoría en Terreno y Posterior Permite analizar y controlar:

- Cirugías Ambulatorias realizadas en internación
- Ausencia de especialista en la prestación
- Demoras en las altas de pacientes
- Demoras en pase de un tipo de internación a otro investigaciones médicas

realizadas en internaciones

- Fallas de enfermería
- Porcentaje y número de internaciones, días de estada evitables por prestador.

(Cartuccia, L., 2010,p.5).

Con base en lo expuesto la dirección de la institución deberá mejorar y mantener su sistema de calidad y como aporte a la gestión de Salud en Colombia el equipo de investigadores que optan el título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Sergio Arboleda, diseñó el presente modelo de Auditoría que combina algunas herramientas gerenciales de gran éxito en el mundo empresarial.

Previo a la aplicación de la metodología de auditoría y para facilitar la gestión de los investigadores se deberá realizar un análisis de la institución de salud y establecer la dimensión del problema en términos financieros.

En Colombia los procesos que surgen de una atención integral en salud a nivel del ámbito hospitalario requieren por normatividad (Resolución 1043 del 2006) establecer un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud , realizando actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos y así mismo permitir la comparación entre la Calidad Observada y la calidad esperada por el usuario de salud , la cual debe estar pre

establecida en las guías ,protocolos o normas científicas y administrativas de la institución prestadora de servicios de salud . (Resolución 1043, 2006)

El adoptar este plan de auditoría por parte de las instituciones permite detectar y corregir las desviaciones presentadas durante los procesos de atención en salud permitiendo el mejoramiento continuo y el adecuado aprovechamiento de los recursos, teniendo como finalidad una prestación de servicios de salud integral siendo eficaz, eficiente y efectiva a la población colombiana.

Durante el proceso de cuentas médicas del hospital de tercer nivel se evidencia la pérdida de recursos financieros ante las glosas definitivas realizadas por las entidades responsables de pago, considerando en la mayoría de sus casos que pueden ser prevenibles si se tuvieran mecanismos de control efectivos.

Se detectan deficiencias en los procesos de las áreas asistenciales y administrativas los cuales de una u otra manera están relacionados cuando se trata de especificar los generadores de la glosa. Actualmente en la institución no se cuenta con un proceso que permita detectar puntualmente estas deficiencias para generar soluciones.

Todos los factores anteriormente mencionados contribuyen al aumento gradual de los costos en la atención médica y genera un riesgo permanente a los pacientes de presentar complicaciones intra hospitalarias.

En los datos revisados durante el último trimestre del año 2013 se estima que el porcentaje de aceptación de glosa esta entre el 1.5 y 2 % mensual sobre un valor de facturación por \$6.000.000.000.

## 9. Diagnostico Institucional

Para el siguiente análisis se considera adecuado realizar una revisión sobre el proceso del área de cuentas médicas objeto del estudio.

La Institución Prestadora de servicios de salud de tercer nivel de complejidad una vez termina el proceso de atención integral en salud del cliente externo realiza el cierre y revisión de la factura detallada por los servicios prestados sea en el ámbito ambulatorio, hospitalario o urgencias. Posterior a ello se realiza la radicación de la factura dentro de los tiempos pactados con el asegurador al que pertenece el usuario.

El asegurador revisa la factura emitida por la IPS con los soportes que van anexos a la misma generando autorización para el pago de los servicios prestados. Durante este proceso se presentan casos en los cuales el personal que audita la factura encuentra inconformidades entre lo facturado y lo realizado lo que da a lugar a la generación de glosas que son enviadas a las IPS para su respectiva respuesta. Una vez se realiza contestación y ampliación de la misma, si requiere otros soportes se envía al asegurador para su validación, si no hay conformidad con la respuesta se programan reuniones de conciliación donde se exponen las diversas justificaciones entre asegurador e IPS, llegando a acuerdos para el pago o no pago de las glosas realizadas.

Cuando se hace referencia en el siguiente texto a valores aceptados, se orienta al valor no pagado por asegurador ante un motivo de glosa. Tomándolo con pérdida de recursos financieros generando un detrimento patrimonial en la institución.

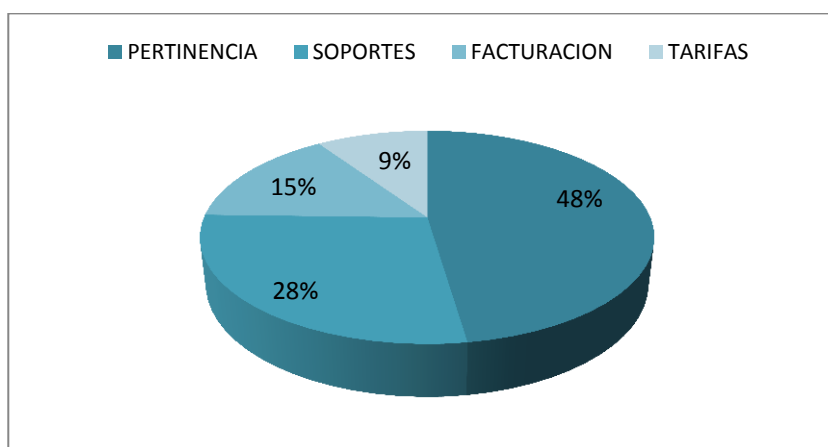


Posteriormente, se realiza revisión del informe de glosas de enero a diciembre de 2013 donde se encuentran 40.570 facturas por un valor total de \$ 56.328.670.576, las cuales fueron objeto de glosa por diversos aseguradores con los cuales existen relaciones contractuales, 9.560 de ellas suman un valor de aceptación de \$ 696.705.580 por los motivos expuestos a continuación según la clasificación de la resolución 3047 del 2008 que hace referencia al Manual Único de Glosas en Colombia.

**Tabla 6. Motivos de glosa con valor aceptado durante el año 2013**

Motivo	Valor aceptado
<b>Pertinencia</b>	\$ 309,935,500.00
<b>Soportes</b>	\$ 180,670,850.00
<b>Facturación</b>	\$ 98,107,500.00
<b>Tarifas</b>	\$ 61,739,521.00
<b>Cobertura</b>	\$ 22,792,640.00
<b>Autorizaciones</b>	\$ 15,449,340.00
<b>Devoluciones</b>	\$ 8,010,229.00
<b>Total 9.560</b>	\$ 696,705,580.00

Nota. Elaborado por los Autores



**Figura 2. Porcentaje de Aceptación por motivos de Glosa Año 2013.** Elaborado por los Autores

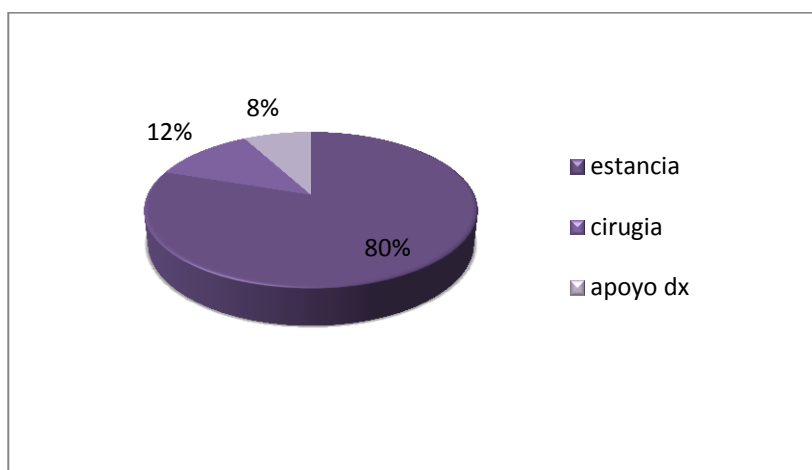
Durante el año 2013 el valor total de glosa definitiva corresponde al 1.2 % sobre el valor total de la facturación objeto de auditoría. En los motivos de aceptación definitiva el mayor porcentaje corresponde a pertinencia en un 48 %, seguido de soportes en un 28 %, facturación en un 15 % y tarifas en un 9 % para fines del estudio se ampliara la información de las tres primeras causas motivo de glosa.

**1. Pertinencia.** Se toman 1.796 facturas correspondientes al motivo de Pertinencia donde se clasifican por mayor valor aceptado en los ítems de estancia hospitalaria, procedimientos quirúrgicos, ayudas diagnósticas y materiales no pertinentes durante el proceso de atención.

**Tabla 7. Motivos de Glosa por pertinencia año 2013**

Motivo	Facturas	Valor aceptado
Estancia	698	\$ 240.670.926,00
Cirugia	113	\$ 35.720.460,00
Apoyo diagnostico	400	\$ 23.748.650,00
Material	383	\$ 8.540.500,00
Otros	202	\$ 1.254.964,00
<b>Total</b>	<b>1.796</b>	<b>\$ 309.935.500,00</b>

Nota. Elaborado por los Autores



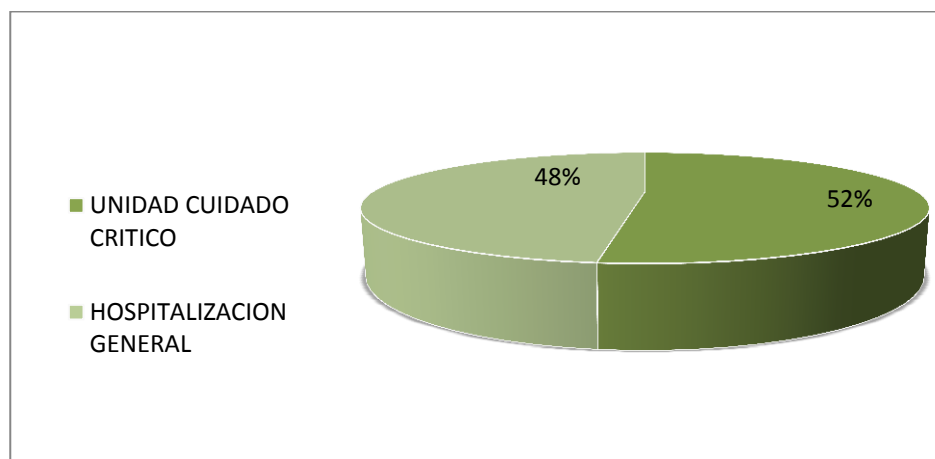
**Figura 3. Porcentajes de glosa aceptada por motivo de pertinencia año 2013.** Datos suministrados por los Autores

Entre los motivos de pertinencia la estancia hospitalaria ocupa el primer lugar con un 80 % de glosa definitiva por lo cual se realiza una descripción detallada de este ítem para determinar las causas generadoras de glosa. De las 698 facturas objeto del estudio se toma una muestra para un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 2 %, correspondiente a 591 facturas; inicialmente se clasifican por las áreas del hospital.

**Tabla 8. Glosa aceptada por estancia según las áreas afectadas en la IPS**

Área	Valor aceptado
Unidad cuidado critico	\$ 122.411.676,00
Hospitalización general	\$ 112.991.653,00
Total 591	\$ 235.403.329,00

Nota. Elaborado por los Autores



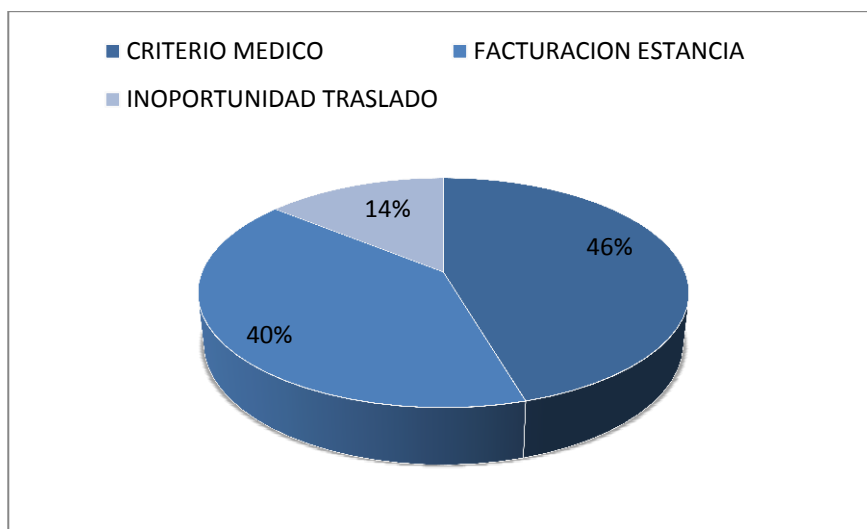
**Figura 4. Porcentaje de glosa aceptada por estancia según las áreas afectadas en la IPS.** Datos suministrados por los Autores

Se revisan 290 facturas correspondientes al área de unidades de cuidado crítico para establecer las causas que fueron generadoras de la glosa

**Tabla 9. Causas motivo de glosa unidad de cuidado crítico**

Causa	Valor aceptado
Criterio medico	\$ 67.840.320,00
Facturación estancia	\$ 60.714.540,00
Inoportunidad traslado	\$ 20.730.450,00
Total 290	\$ 149.285.310,00

Nota. Datos suministrados por los Autores



**Figura 5. Porcentaje causas motivo de glosa unidad cuidado crítico.** Elaborado por los Autores

Las unidades de cuidado crítico comprenden intermedios neonatal, intermedios pediátrico, intensivo neonatal e intensivo pediátrico. Las causas que generan mayor porcentaje de glosa en la estancia se deben al no cumplimiento por los médicos tratantes de los criterios institucionales para permanencia de los pacientes en las unidades, o si los cumplen no hay un adecuado registro en la historia clínica que lo soporte.

En segundo lugar se identifican los errores en facturación de la estancia, proceso en el cual se ven deficiencias por el médico tratante en confirmar la estancia o error en facturación del día a día al ser un proceso manual y no sistematizado.

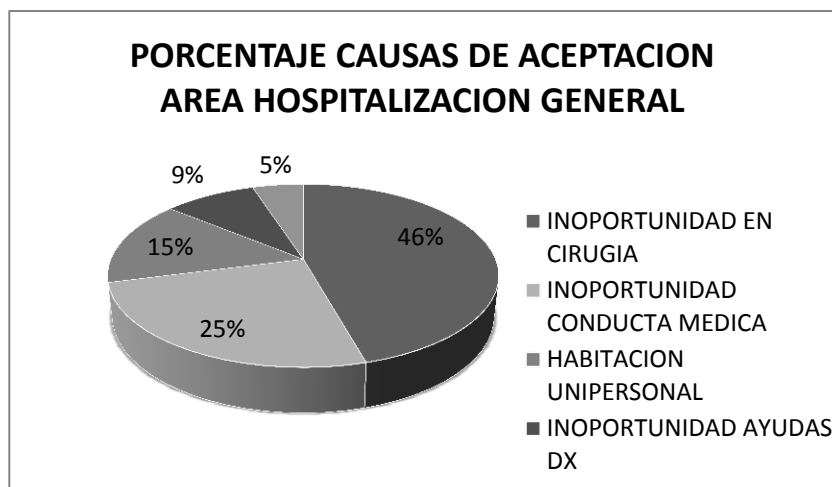
En tercer lugar se encuentra la inoportunidad en los traslados a menor complejidad ordenados por médico tratante, pero al no tener disponibilidad de camas para hacerse efectivo permanecen en la unidad por un mayor tiempo en días.

Se revisan 301 facturas del área hospitalización general para establecer las causas generadoras de glosa

**Tabla 10. Causas motivo de glosa área de hospitalización general**

Causas	valor aceptado
Inoportunidad en cirugía	\$ 38.240.780,00
Inoportunidad conducta medica	\$ 21.200.450,00
Habitación unipersonal	\$ 12.570.530,00
Inoportunidad ayudas dx	\$ 7.540.670,00
Inoportunidad interconsultas	\$ 4.250.321,00
Total 301	\$ 83.802.751,00

Nota. Datos suministrados por los Autores



**Figura 6. Porcentaje causas motivo de glosa área hospitalización general.** Elaborado por los Autores

En el área de hospitalización general como primera causa generadora de glosa definitiva esta la inoportunidad en realización de procedimientos quirúrgicos prioritarios ( no urgencia vital ) debido a la disponibilidad de especialidad quirúrgica por contratación 1 o 2 veces por semana , realización previo a procedimientos de junta quirúrgica por los requerimientos de múltiples especialidades , solicitud tardía de insumos especiales para los procedimientos , disponibilidad de unidad de cuidado intensivo para monitoreo en el post operatorio inmediato o disponibilidad de sala quirúrgica .

En segundo lugar se identifica la inoportunidad en definir conducta médica para egreso ante la estabilidad clínica registrada en la historia, la no solicitud oportuna de medicación ambulatoria requerida para su egreso , espera de conceptos por medicina subespecializada , demoras en solicitud de oxígeno domiciliario o planes de extensión domiciliaria , la no solicitud oportuna de interconsultas o exámenes que definen una conducta terapéutica o diagnóstica principal , realización de juntas multidisciplinarias.

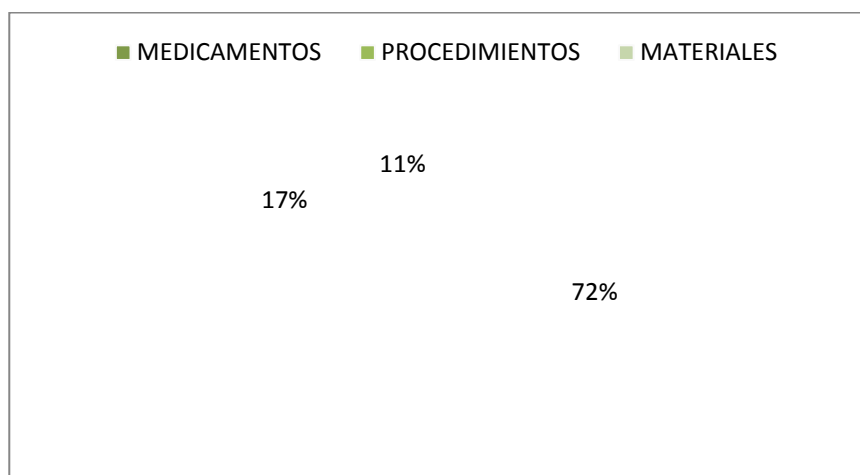
En tercer lugar la estancia no pertinente en habitación unipersonal al no cumplir los criterios institucionales por el médico tratante, mala interpretación por el personal de enfermería en lo que se refiere a aislamiento protector o error en solicitud de hospitalización por sistema ante el desconocimiento por médicos de urgencias.

**2. Soportes.** Es el segundo motivo de glosa definitivo del año 2013 en la institución; este hace relevancia a los soportes requeridos para sustentar lo facturado. Se realiza revisión de 4.021 facturas para determinar los motivos de glosa aceptados durante el año 2013 por motivo de soportes:

**Tabla 11. Motivos de glosa por soportes durante el año 2013**

Motivo	Facturas	Valor aceptado
Medicamentos	1944	\$ 130.540.230,00
Procedimientos	796	\$ 30.240.570,00
Materiales	1269	\$ 19.890.050,00
Total	4009	\$ 180.670.850,00

Nota. Datos suministrados por los Autores



**Figura 7. Porcentaje de glosa definitiva por soportes durante el año 2013.** Elaborado por los Autores

Los soportes de medicamentos representan el 72 % de glosa definitiva, motivo por el cual se toma una muestra para un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 2 % correspondiente a 1.074 facturas para establecer las causas generadoras de glosa. Inicialmente se clasificaron por área responsable



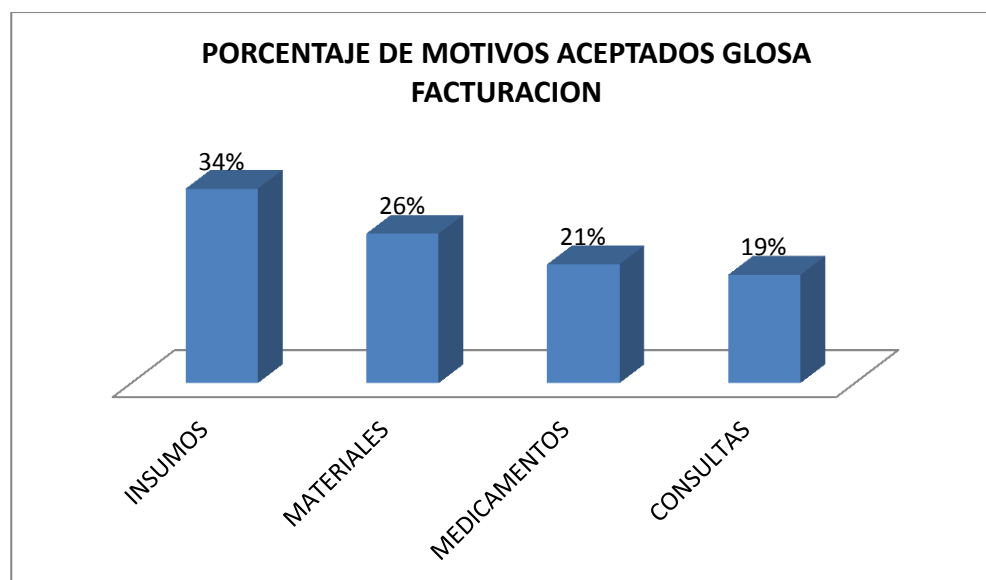


**3. Facturación.** Es el tercer motivo de glosa definitiva del año 2013 en la institución. Se realiza una revisión de 1.327 facturas las cuales se clasifican por motivo específico de aceptación.

**Tabla 13. Motivo de glosa definitiva por facturación**

Motivo	Valor Aceptado
Insumos	\$ 33.450.320,00
Materiales	\$ 25.670.480,00
Medicamentos	\$ 20.397.677,00
Consultas	\$ 18.589.023,00
Total 1.327	\$ 98.107.500,00

Nota. Datos suministrados por los Autores



*Figura 9. Motivos aceptados, glosa – facturación.* Elaborado por los Autores

Los insumos y materiales ocupan el primer lugar en glosa definitiva por deficiencias en facturación debido al desconocimiento de los contratos con aseguradores, no conocimiento de los manuales tarifarios, no confirmación de uso según lo solicitado, sobrefacturación en la digitación.

La causa de facturación en medicamentos principalmente se debe a error en las tarifas sistematizadas y desconocimiento de los contratos.

En la facturación de Consultas, interconsultas o cuidado médico la principal deficiencia es el desconocimiento de los manuales tarifarios y normatividad vigente.

## **10. Resultados**

Como aporte a la gestión de Salud en Colombia el equipo de investigadores que optan al título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Sergio Arboleda se diseñó el presente modelo de Auditoría:

### **10.1 Modelo de Auditoría “CITA”:**

Al modelo , se le ha denominado : “CITA” y lleva este nombre por las iniciales de cada una de las tres etapas contenidas:

**C. I:** Capacidad Institucional administrativa y del proceso auditado.

**T:** Tabulación de la información de los resultados obtenidos por el proceso.

**A:** Auditoría del proceso basada en el modelo de negocios Canvas.

Se ha elegido este nombre por su denominación común y a fin que tiene esta palabra en el sector de la salud y la auditoría, es la cita que deben tener los procesos para el mejoramiento continuo.

#### **C.I. Capacidad Institucional Administrativa**

**Análisis de la Capacidad Institucional Administrativa y de los Procesos.** La metodología seleccionada para el diagnóstico nos permitirá conocer las variables y actores que intervienen en los procesos críticos preseleccionados para su mejoramiento, de tal manera que se detecten las falencias y se puedan sugerir acciones tendientes a reducir la probabilidad, los

errores y de propiciar el cambio en otros procesos del Hospital de tal manera que los resultados en términos de ahorro sea el reflejo de un trabajo coordinado y preciso.

Los pasos propuestos son los siguientes:

1. Revisión del Organigrama.
2. Revisión del Mapa de Procesos.
3. Levantamiento del proceso.
4. Análisis del proceso.
5. Levantar el diagrama de flujo.
6. Diagnóstico de la capacidad institucional con la matriz de fortalezas y debilidades del proceso de facturación.
7. Presentación del informe de la capacidad institucional.

Dentro de la metodología se ha seleccionado el modelo de Matriz de Capacidad Institucional basada en las fortalezas y las debilidades, enfocado al proceso objeto de la auditoría.

La metodología DOFA es ampliamente conocida en el ámbito empresarial y permite a la institución obtener un análisis aterrizado de la realidad y determinar su capacidad de asumir retos y el cambio hacia la obtención de resultados propuestos por la dirección. La guía a utilizar fue diseñada por los aspirantes al grado de Gerentes en Servicios de Salud por la Universidad Sergio Arboleda. *Ver tabla Capacidad Institucional y de Procesos Administrativos.*

La información recolectada será tabulada y se presentarán los resultados obtenidos a la Institución de salud con el fin de sensibilizar hacia el mejoramiento de la capacidad institucional e informar de las propuestas concretas desde la perspectiva del equipo de investigadores.





**Tabla 16 (Continua)**

3.2.3	Urgencias		0,02	
3.2.4	Hospitalización		0,02	
3.2.5	Servicios de apoyo		0,02	
3.2.6	Cirugía		0,02	
3.2.7	UCI		0,02	
3.3	<b>Sistema Referencia Pacientes</b>			
3.3.1	Consulta Medicina Especializada		0,05	
3.3.2	Urgencias		0,05	
3.4.	<b>Sistema de alerta desfase de indicadores</b>			
3.4.1	Facturación		0,04	
3.4.2	Glosas		0,04	
3.4.3	Tiempos estancia por pertinencia médica		0,04	
3.4.4	Tiempos estancia por autorizaciones		0,04	
3.4.5	Financieros		0,04	
3.5	<b>Cumplimiento de Protocolos</b>			
3.5.1	Urgencias		0,2	
3.5.2	Servicios Hospitalarios		0,2	
	Total		1	
			Subtotal	
			Total grupo	
			Total general	

Nota. Datos suministrados por los Autores Total general

**Notas para el auditor:**

1 El 0 g2 0.4799o 0 G20.46 225G20.46q131.54 439.84 188.48 18.96 r6CoS06n

implementar mejoras

El total general refleja la situación real de la capacidad administrativa de la  
5 institución.

El paso 2 consiste en tabular la información donde se observe que hay una  
6 debilidad.

**T. tabulación de la información relacionada con el problema.** En el desarrollo de esta etapa se pretende construir un conocimiento más amplio del problema, de su dimensión en términos financieros, de los factores asociados que generan las pérdidas.

Al auditar el proceso de una institución de salud de debe recopilar y tabular la información de las pérdidas, su frecuencia y cuáles de estos factores tienen mayor prevalencia en el tiempo.

Pasos propuestos para obtener y tabular la información son:

1. Valorizar el problema mensualmente en lo corrido del periodo fiscal del 2013
2. Clasificar y Graficar la participación porcentual de las pérdidas dependiendo del origen:
  - a. Originadas desde Hospitalización
  - b. Originadas desde Cuidado Crítico
  - c. Originadas desde Cirugía
  - d. Etc.
3. Determinar la muestra que deberá ser utilizada para la recolección de datos necesarios con el fin de establecer los motivos o factores que afectan al proceso auditado. El tamaño del muestreo depende del grado de confiabilidad del proceso, a haya mayor confiabilidad menor



muestra y viceversa. La institución, a través del personal directivo, quienes son los que conocen el proceso, determinarán el tamaño de la muestra, el tiempo de recolección de los datos y dispondrán de los recursos requeridos.

4. Tabular los datos y elaborar el gráfico de Pareto en donde los factores o motivos más relevantes se agrupan con el fin de focalizar el esfuerzo de la Institución y de los investigadores en corregir e implementar mejoras al Proceso de Facturación. Generalmente el 20% de los motivos generan el 80% de las devoluciones de la facturación.

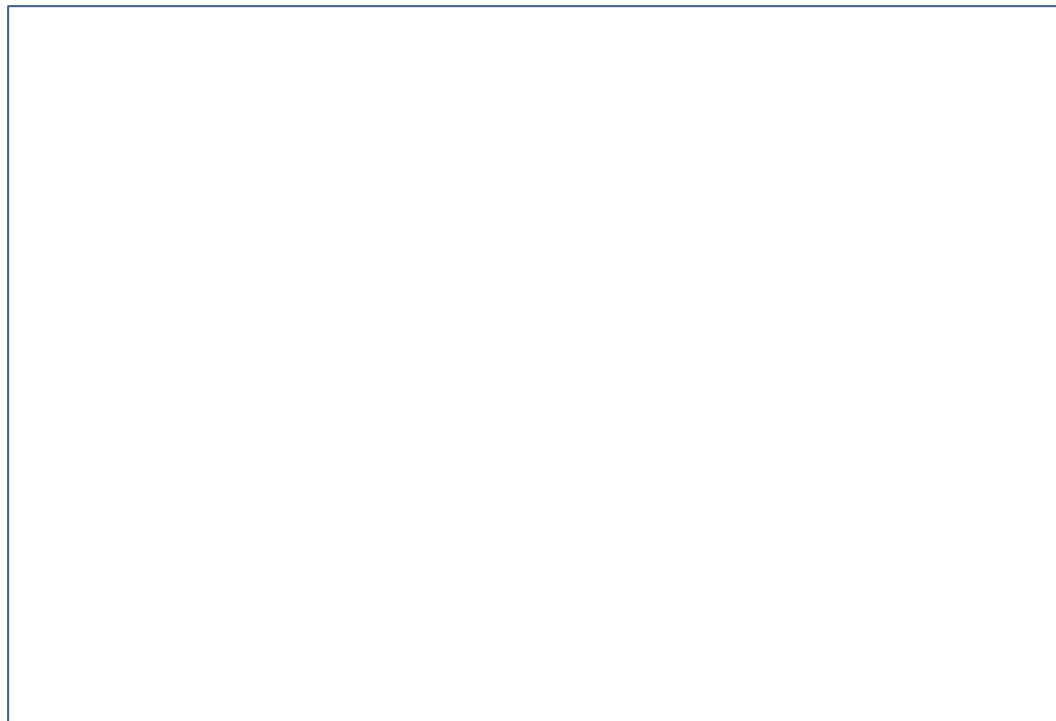
5. Elaborar el informe de avance a la dirección de la institución.

**A: Auditoría.** El equipo de investigadores propone la utilización del Business Model Canvas o El lienzo Modelo de Negocio, que es una herramienta de gestión estratégica y empresarial, el cual argumenta:

Diseñada por Alex Osterwalder con el fin de facilitar la comprensión de un modelo de negocios desde un punto de vista integral e incluye nueve componentes que representan las áreas clave de una empresa:

1. Segmento de clientes
2. Propuesta de Valor
3. Canal
4. Relación
5. Flujos de ingreso
6. Recursos Clave
7. Actividades clave
8. Alianzas
9. Estructura de Costos (Business model, 2010,p.2)

La propuesta del presente trabajo de grado es aplicar este modelo en la labor de la auditoría concurrente o post en salud; este modelo propone que los bloques sean aplicados al mejoramiento continuo de los procesos y para ello se aplicará el concepto proveedor-cliente donde el resultado de cada proceso es un producto así como se observa en la siguiente figura



*Figura 10. Proceso.* Datos obtenidos de (Ixis, 2012)

El departamento de Control de la Calidad que es el responsable de gestionar el programa de auditoría de la Institución de Salud deberá dentro de su rol establecido seleccionar y utilizar este método dentro del programa de auditoría como una herramienta de control y mejoramiento de los procesos. La norma ISO 9011 de 2011 en el numeral 5.4.3 establece: “La persona que gestiona el programa de auditoría debería seleccionar y determinar los métodos para llevar a cabo una auditoría de manera efectiva, dependiendo de los objetivos, alcance y criterios de auditoría definidos” (Organización Internacional de Normalización, 2011)





**d) Desventajas**

1. No es útil cuando el equipo no está preparado para dar opiniones abiertas.
2. Es práctico pero no generará mejoras sustanciales en el servicio de salud si los participante son pueden tomar decisiones.

**e) Recomendaciones**

1. Procurar mantener una actitud imparcial; por parte del auditor para evitar desviaciones o discusiones.
2. Elaborar el informe de los hallazgos, las acciones y las conclusiones obtenidas del ejercicio de la auditoría.
3. Mejorar el método continuamente.

**11.2 Bloques del método CANVAS, aplicado a la auditoría de procesos en salud**

Los bloques que a continuación se proponen requieren que quienes conocen de los procesos en estudio aporten de su conocimiento, creatividad, innovación y la determinación para mejorar la estructura del proceso. Sin embargo no deberá tomarse mucho tiempo, deberá aplicarse este modelo de auditoría de manera ágil y las ideas propuestas en el comité de mejoramiento deberán escribirse en pequeños papeles con adhesivo y luego pegados en el tablero Canvas.

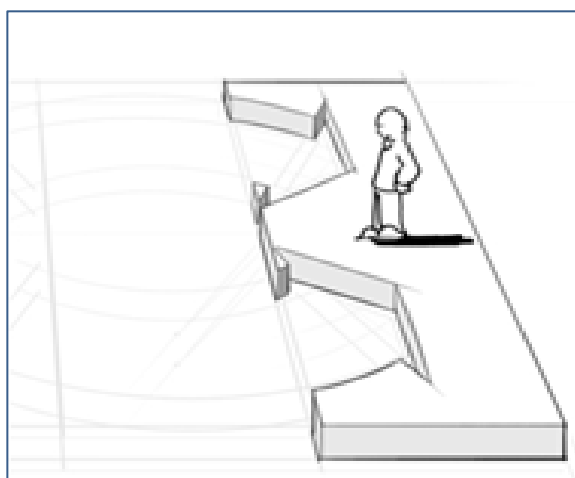
El líder agrupará las propuestas o ideas de mejoramiento del proceso y se elegirá en consenso las más relevantes y que puedan implementarse en la institución; La aplicación de la metodología llevará al equipo a mejorar el proceso que presenta falencias reales o potenciales.

Los nueve bloques que se graficarán en la metodología de auditoría concurrente o post basado en el Business Model Canvas, se han agrupado en bloques de construcción y en bloques de remodelación; Como hace referencia sus nombres los primeros tiene que ver con darle la estructura al proceso y allí se encuentran el cliente interno, la propuesta de valor, el canal, la relación y los beneficios; mientras que los de remodelación incluyen los aspectos como son los recursos, actividades clave, alianzas y costos.

### 11.3 Bloques de Construcción del Proceso

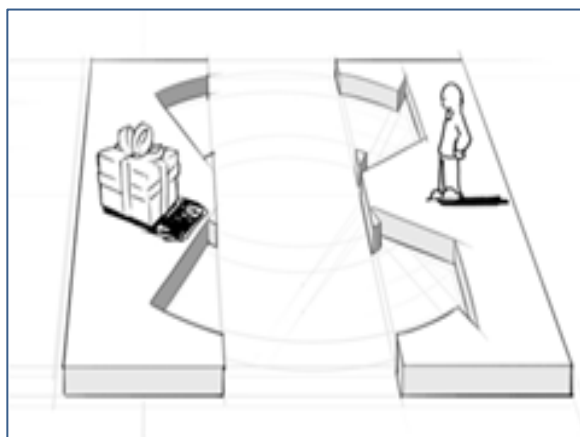
Como en una construcción cada proceso de la organización requiere de base y estructura que garantice el cumplimiento de su objetivo, a continuación se ampliará cada uno de los bloques:

**1. El cliente interno.** En este primero bloque la Clave consiste en conocer perfectamente el cliente o clientes internos.



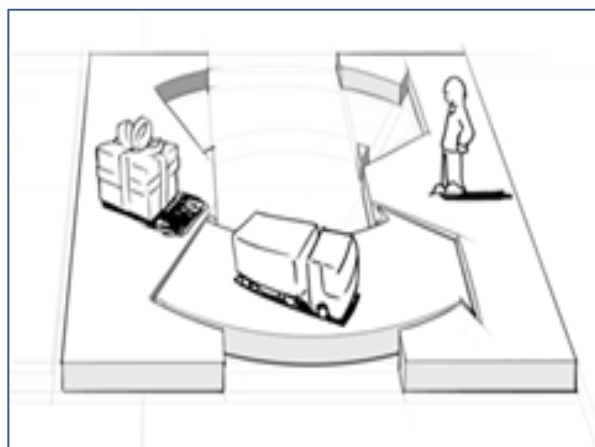
*Figura 12. El cliente Interno.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

**2. La Propuesta de valor para mi cliente interno.** La clave es lo que el cliente interno espera y generalmente es un insumo del proceso al cual se le ha agregado valor y con las características de calidad establecidas.



*Figura 13. Propuesta de Valor.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

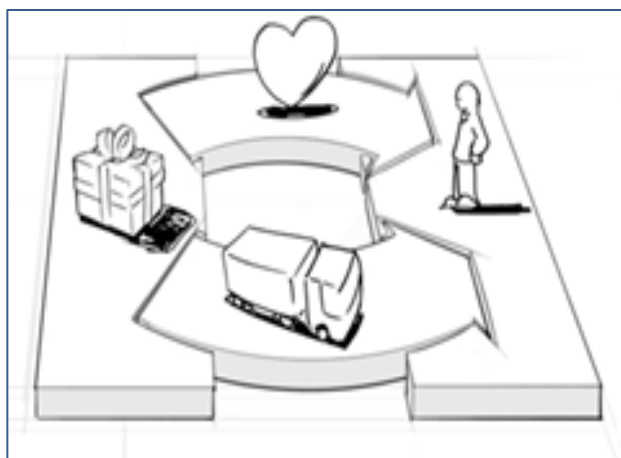
**3. El Canal.** La clave en este bloque es como se entregará la propuesta de valor y es vital determinar el lugar, el tiempo y la cantidad correctos.



*Figura 14. El Canal.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

**4. La Relación.** Este aspecto dentro de una organización refleja la madurez de los procesos y la orientación hacia el logro de resultados. La construcción de equipos autodirigidos con fuertes habilidades de comunicación deberá ser la clave de los líderes de los procesos cliente-proveedor.

Generalmente las relaciones son más armoniosas cuando se tiene claramente definido los tres bloques arriba mencionados.

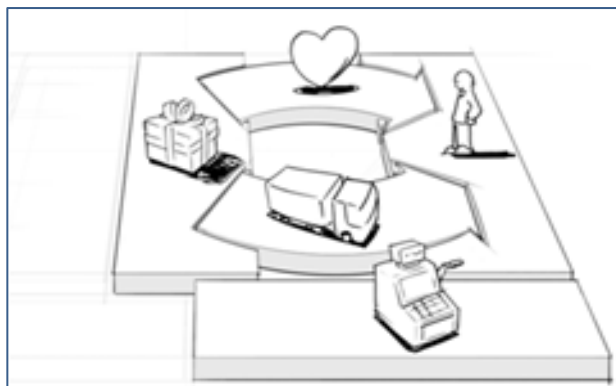


*Figura 15. La Relación.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

**5. El Flujo de Ingresos y beneficios.** Este bloque hace referencia a los beneficios que la institución recibirá de la implementación de los 4 bloques anteriores dentro del modelo de auditoría concurrente o post.

Estos ingresos deberían ser cuantificables y cualificables con el fin de motivar la implementación del modelo.



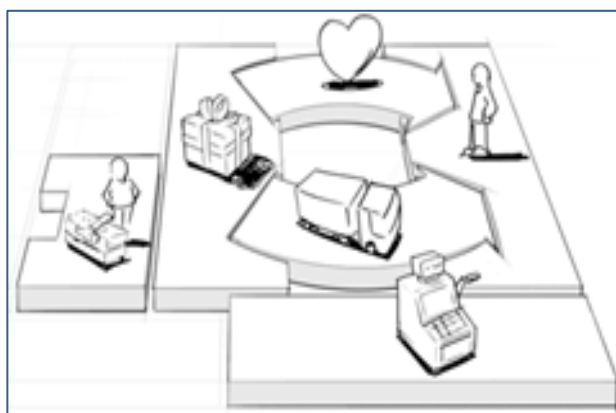


*Figura 16. Flujo de Ingresos y Beneficios.*  
Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

#### 11.4 Bloques de Remodelación del Proceso

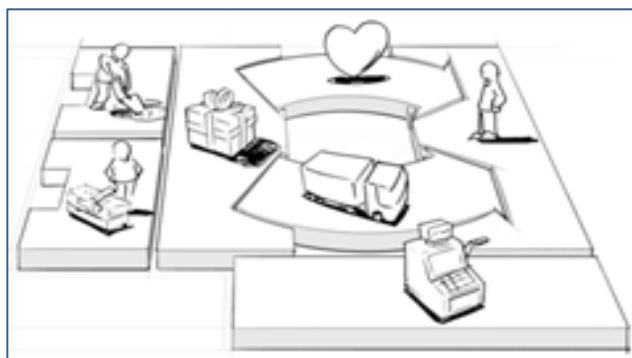
Una vez se cuenta con una estructura clara y reforzada si fuese necesario se procede a remodelar la construcción de tal forma que tenga las herramientas requerida para alcanzar el logro propuesto.

**1. Recursos necesarios.** La clave en este aspecto es en que recursos se debe invertir con el fin de recibir el flujo de ingresos fruto de la entrega de la propuesta de valor entregada al cliente interno. Pueden ser en tiempo, personal, equipos, locativos, etc.



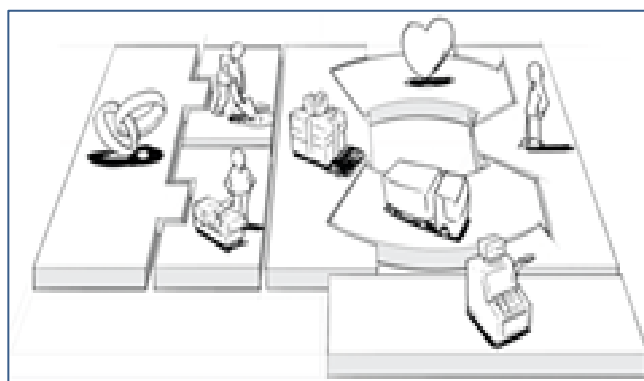
*Figura 17. Recursos necesarios.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

**2. Actividades Clave.** Para entregar la propuesta de valor debemos llevar una serie de actividades clave interna, orientadas en la producción y entrega de la propuesta establecida. La comunicación permanente entre cliente-proveedor deberá ser una actividad clave para la construcción de relaciones asertivas.



*Figura 18. Actividades Clave.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

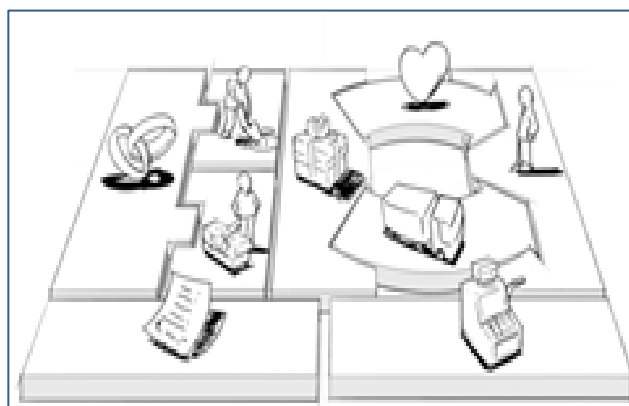
**3. Las Alianzas.** La clave de este aspecto está en definir qué otras áreas o departamentos pueden complementar la capacidad del proceso proveedor y mejorar la propuesta de valor a través de su aporte o asesoría. Se debe concentrar en cómo se optimizarán los recursos y se potenciará la ejecución de las actividades clave. Se puede requerir de asesoría externa si así lo considera el equipo de mejoramiento.



*Figura 19. Alianzas.* Datos obtenidos de (Megias, J. , 2013)

**4. El Costo.** Cuanto es el costo versus el beneficio plasmado en el bloque del flujo de ingresos y este refleja los recursos invertidos y las actividades claves a realizar.

En la aplicación de esta metodología de auditoría se debe tener cuidado de analizar y trabajar en las ideas más relevantes que pueden ser fácilmente identificadas como las que requieren baja inversión para generar altos resultados.



*Figura 20. Costo.* Datos obtenidos de (Megias, J., 2013)

Innovar es la filosofía del modelo Canvas, que se aplicará en la auditoría concurrente o posterior en instituciones de salud; será concurrente cuando ocurre una desviación en los indicadores del proceso y será auditoría post cuando se hayan obtenido los resultados del ejercicio.

Se es necesaria la reflexión en cada uno de los elementos verificando cómo se interrelacionan entre sí y cuál será el impacto que tendrá al modificar uno de los puntos en cualquiera de los bloques.

## 11.5 Interrelación del Método Canvas con la Norma ISO 9001:2008

En la siguiente tabla se puede observar cómo se logra llevar a cabo la auditoría al proceso; teniendo en cuenta la interrelación de cada uno de los bloques con los numerales de la norma internacional de gestión de calidad ISO 9001: 2008, con la ventaja que al utilizar el modelo de negocio Canvas se puede auditar el proceso de manera interactiva y visual.

**Tabla 17. Modelo de negocio Canvas relacionado con sistemas de gestión de calidad ISO9001: 2008**

BLOQUES DEL MODELO CANVAS	NUMERALES DE NORMA ISO 9001:2008
<b>BLOQUES DE CONSTRUCCIÓN</b>	
1. EL CLIENTE INTERNO	5.2 Enfoque en el cliente 7.2 Procesos relacionados con los clientes 7.5.4 Propiedad del Cliente
2. PROPUESTA DE VALOR	7.3 Diseño y Desarrollo
3. EL CANAL DE ENTREGA	7.3 Diseño y Desarrollo 7.5.5 Preservación del producto
4. LA RELACIÓN ENTRE PROCESOS	5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación 6.2 Recursos Humanos 8.2.2 Medición y seguimiento de procesos
5. FLUJO DE INGRESOS Y BENEFICIOS	8.2.1 Satisfacción del cliente 8.2.4 Medición y seguimiento del producto
<b>BLOQUES DE REMODELACIÓN</b>	
6. RECURSOS NECESARIOS	6. Gestión de los recursos
7. ACTIVIDADES CLAVES	7.1 Planificación de la realización del producto 7.5 Operaciones de producción y de prestación del servicio 8.2 Auditoría Interna 8.3 Control de Producto No Conforme 8.4 Análisis de los datos 8.5 Mejora
8. ALIANZAS	5.1 Compromiso de la dirección 5.3 Política de Calidad 5.4 Planificación
9. EL COSTO	5.6 Revisión por la Dirección 4.2 Requisitos de la documentación 7.4 compras

Nota. Elaborado por los Autores

## 11.6 Revisión y Mejora del Modelo

La norma ISO 19011 también establece que se debe revisar el programa de auditoría para evaluar si se ha alcanzado los objetivos; en el numeral 5.6 establece:

Las lecciones aprendidas del programa de auditoría deberían ser usadas como elementos de entrada para el proceso de mejora continua del programa. La revisión del programa de auditoría debería considerar lo siguiente:

e) métodos nuevos o alternativos de auditoría.( Organización Internacional de Normalización, 2011,p.3).

La metodología propuesta del Business Model Canvas o El lienzo Modelo de Negocio deberá ser utilizada dentro del programa de auditoría de la institución y deberá ser objeto mejora y correcciones en concordancia con la norma internacional:

La persona que gestiona el programa de auditoría debería revisar la implementación general del programa, identificar áreas de mejora, enmendar el programa si es necesario, y también debería:

- Revisar el continuo desarrollo profesional de los auditores, en concordancia con 7.4, 7.5 y 7.6;

- Reportar los resultados de la revisión del programa de auditoría a la alta gerencia. (Organización Internacional de Normalización, 2011,p.3).

Esta metodología aunque es muy sencilla e interactiva entre los actores de los procesos cliente-proveedor deberá ser entrenada a los auditores internos con el fin de alcanzar una buena habilidad para aplicarla y llegar al conocimiento claro del proceso y cómo podrá ser mejorado; los resultados de las auditorías realizadas como las mejoras al programa serán entregados a la Dirección de la institución.

## 12. Conclusiones

- Instituir un modelo de auditoría organizacional que tenga resultados para el mejoramiento continuo debe tener una comunicación eficaz para disminuir las fallas que crean riesgos como las barreras de oportunidad, humanización en los servicios, atención integral y eficiencia en beneficio del paciente y la salud.

- La definición de los puntos que necesitan control es clave para nuestro modelo de auditoría, ya que permitirá la maximización de los recursos de la institución. Teniendo como resultado final procesos organizados y efectivos que fortalezcan el plan estratégico institucional.

- El modelo de auditoría identificará oportunamente posibles fallas o deficiencias ya estructuradas en los procesos permitiendo el aprovechando de los recursos disponibles, lo cual se verá reflejado en la sostenibilidad y competitividad a nivel nacional e internacional como prestadora de servicios de salud.

- La formulación de un nuevo modelo estará encaminado a facilitar la comprensión del enfoque de maximización de los recursos del cliente interno centrado en las necesidades de los pacientes, lo cual debe permitir cumplir con el servicio de salud con dignidad, respeto siempre reflejando los criterios de pertinencia, continuidad, oportunidad, y seguridad.

## Referencias Bibliográficas

Business model. (2010). *Modelo de negocio*. Recuperado el 20 de septiembre de 2013, de  
<<http://www.businessmodelgeneration.com/canvas>>

Cartuccia, L. (2010). *Auditorias Medicas*. Recuperado el 10 de octubre de 2013, de  
<<http://auditoriamedica.wordpress.com/2009/10/02/auditoria-medica-en-facturacion-tutorial>>

Decreto 4747. (2007). *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 22 de febrero de 2014, de  
<<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905>>

Fundación Prevent. (2010). *Metodología CANVAS*. Recuperado el 10 de febrero de 2014, de  
<<http://ahoratu.fundacionprevent.com/es/category/modelo-de-negocio/>>

Ixis. (2012). *Ixis Process: la gestión de procesos en las organizaciones*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de  
<[http://www.ixis.net/opencms/ixis\\_es/soluciones/ixis/ixisprocess.html](http://www.ixis.net/opencms/ixis_es/soluciones/ixis/ixisprocess.html)>

Malagón Londoño, G y Galan, R. (2009). *Auditoria en salud para una gestión eficiente*. Bogotá: Panamericana.

Megias, J. . (2013). *Modelos de Negocio*. Recuperado el 22 de octubre de 2013, de  
<<http://javiermegias.com/>>



Mejia Gracia, B. (2006). *Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud*. México: Ecoe Ediciones.

Ministerio de Salud. (2012). *Normas*. Recuperado el 22 de agosto de 2013, de <<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/sistema-unicode-habilitacion.aspx>>

Organización Internacional de Normalización. (2011). *Norma ISO 19011*. Recuperado el 8 de febrero de 2014, de <[http://www.umc.edu.ve/umcpro/cgco/joomdocs/NormasISO/Norma\\_ISO\\_19011-2011\\_Espanol.pdf](http://www.umc.edu.ve/umcpro/cgco/joomdocs/NormasISO/Norma_ISO_19011-2011_Espanol.pdf)>

Ortiz, F. . (2009). *Juramento Hipocrático*. Recuperado el 10 de agosto de 2013, de <<http://www.monografias.com/trabajos63/responsabilidad-penal-medica/responsabilidad-penal-medica.shtml>>

Resolucion 003047. (2008). *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 474*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de <[http://r3047.dssa.gov.co/\\_\\_media\\_\\_/dssa/r3047.dssa.gov.co/r3047/Resolucion-3047-2008.pdf](http://r3047.dssa.gov.co/__media__/dssa/r3047.dssa.gov.co/r3047/Resolucion-3047-2008.pdf)>

Resolución 1043. (2006). *por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 10 de febrero de 2014, de <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>>

SENA. (2012). *Curso Virtual ISO 9000, Auditorías Internas de Calidad, Versión 1*. Bogotá.