



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Desarrollo teórico de la auditoría y su evolución hacia los servicios de
salud**

Jose Javier Theran Calderon

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Medellín
2023**

**Desarrollo teórico de la auditoría y su evolución hacia los servicios de
salud**

Jose Javier Theran Calderón

**Monografía para optar al título de
Especialista en Auditoría en Salud**

Asesora:

**Gilma Stella Vargas Peña Enf-Esp-MsC
Profesora Universidad de Antioquia**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Medellín
2023**

Contenido

Resumen.....	5
Abstract	1
1. Introducción	2
2. Planteamiento del problema	4
3. Objetivos	7
3.1. General.....	7
3.2. Específicos	7
4. Aproximación metodológica	8
5. Desarrollo teórico de la auditoría y su evolución hacia los servicios de salud	10
5.1. El origen y la evolución de la auditoría.	10
5.1.1. La auditoría en el mundo.....	10
5.2 . Los hitos históricos de la auditoría en Salud, su evolución y su importancia en el mejoramiento de la atención en salud.	14
5.2.1. Auditoría en salud.....	14
5.2.2. A nivel internacional.	15
5.2.3. A nivel regional.	22
5.2.4. A nivel nacional.....	25
5.2.5. Auditoría en salud en Colombia	33
6. Discusión y conclusiones	47
7. Referencias bibliográficas	48

Lista de figuras

Figura 1. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos.....	32
--	----

Resumen

Introducción: La auditoría surge como respuesta a una necesidad de la población, la cual busca garantías sobre un interés particular y se acoge a controles o monitoreo acerca de sus conductas y a través de la cual cumplen con unas responsabilidades. Es así como surge la auditoría en salud, como un organismo para velar porque los pacientes reciban atención con calidad y va en busca de oportunidades de mejora y aplicación de respectivos correctivos en caso de ser necesario.

Métodos: Se realiza el abordaje de auditoría en salud, desde sus antecedentes históricos y el desarrollo de esta a través de diferentes autores y organismos.

Resultados y conclusiones: El desarrollo de la auditoría en salud en Colombia, se regula mediante entes gubernamentales y se hace cumplir a través de normatividad tanto nacional como internacional y es así, como se hace importante para todo el sistema de salud la realización de evaluaciones para tener un control y a raíz de ellos contar con certificaciones o conceptos favorables de su quehacer, que puede ser medido por ejemplo la calidad del servicio que se ofrece, satisfacción del cliente y la realización de intervenciones que se hace si se considera pertinente. Se resalta la importancia de la realización de la auditoría periódica, la cual se debe llevar a cabo por un personal formado y capacitado en esta área. La auditoría se mide a través de indicadores y permite a las instituciones de salud lo que se debe mejorar y qué ítems se deben sostener.

Palabras clave: Auditoría, auditoría en salud, auditoría clínica.

Abstract

Introduction: The audit arises as a response to a need of the population, which seeks guarantees on a particular interest and welcomes controls or monitoring about their behaviors and through which they comply with some responsibilities. This is how the health audit arises, as a body to ensure that patients receive quality care and is looking for opportunities for improvement and application of corrective measures if necessary.

Methods: Health auditing is approached from its historical background and its development through different authors and organizations.

Results and conclusions: The development of health auditing in Colombia is regulated by governmental entities and is enforced through national and international regulations, and it is thus important for the entire health system to carry out evaluations in order to have a control and as a result of them to have certifications or favorable concepts of their work, which can be measured for example the quality of the service offered, customer satisfaction and the performance of interventions that are made if deemed appropriate. The importance of conducting periodic audits is emphasized, which must be carried out by personnel trained and qualified in this area. The audit is measured through indicators and allows health institutions to know what should be improved and which items should be sustained.

Keywords: Audit, health audit , clinic audit.

1. Introducción

La auditoría es un fenómeno social que no tiene otro propósito o valor más allá de su utilidad práctica, y su existencia es completamente utilitaria (Flint,1988). El origen del término auditoría proviene del inglés "audit" que significa verificación o inspección (1) y del latín "audire", que significa "oír". En este sentido su definición se ha orientado en dar respuesta a una necesidad percibida por parte de individuos o grupos en la sociedad que buscan información o garantías sobre la conducta o el desempeño de otros en los cuales tienen un interés reconocido y legítimo. Flint, argumenta que la auditoría existe porque los individuos no pueden obtener por sí mismos la información o las garantías que requieren. Por lo tanto, la función de auditoría puede ser vista como un medio de control social, ya que sirve como un mecanismo para monitorear la conducta y el desempeño, y para asegurar o hacer cumplir la responsabilidad. De ahí, que surjan diferentes tipos de auditoría, entre ellos la auditoría médica que busca "auditar" un sistema, un grupo o una entidad mediante la participación en un sistema de garantía de calidad externo basado en el diagnóstico. (2)

Algunos autores refieren que el personal médico piensa que la auditoría requiere mucho tiempo, capacitación y educación continuas; y que es algo tedioso para ellos, por lo tanto, no debería ser una imposición la labor de auditar, sino que más bien se cuenten con unos recursos adicionales y que exista un grupo asesor de auditoría médica capacitado y entrenado para tal fin. (3)

A partir de lo anterior, se inicia una diferenciación entre lo que es o hace la auditoría y la auditoría clínica, mientras la primera se enfoca en la medición de la práctica frente a las normas, y buscan responder a la pregunta "¿qué es lo correcto?", la auditoría clínica cuestiona "¿estamos haciendo lo correcto de la manera correcta?" (4).

La auditoría puede incluir la evaluación de:

- La estructura de la atención, por ejemplo, la presencia de recursos como una unidad especializada en accidentes cerebrovasculares.
- El proceso de atención, por ejemplo, los tiempos de espera para la atención.
- El resultado de la atención, por ejemplo, la reducción de los niveles de la presión arterial en respuesta a la terapia.

La auditoría también debe ser transparente. No debe ser confrontacional ni crítica, no es una oportunidad para nombrar, avergonzar y/o culpar, sino que, en la medida que sea necesario, debe identificar oportunidades de mejora y aplicar los respectivos correctivos.

(4)

Es así como, la auditoría clínica forma parte de la gobernanza clínica, cuyo objetivo es garantizar que los pacientes reciban la mejor calidad de atención. La gobernanza clínica a menudo se define como la forma en que las organizaciones prestadoras de servicios de salud son responsables de mejorar continuamente la calidad de sus servicios y salvaguardar los altos estándares de atención, que es en últimas a lo que apunta la auditoría. (4)

2. Planteamiento del problema

La auditoría, entendida como la medición de la práctica contra el desempeño, permite realizar un diagnóstico de las condiciones que tiene la entidad en cuanto a capacidad tecnológica, científica, suficiencia patrimonial, financiera, administrativa y técnica a la vez que establece procesos de mejoramiento continuo para hacer a la institución más competitiva y garantizar que clientes o pacientes tengan la mejor atención y satisfacción posible. La auditoría surgió con la llegada de las actividades comerciales, lo que generó la necesidad de buscar personas capacitadas para supervisar, vigilar y controlar todos los procesos y actividades desarrolladas dentro de una institución. (5)

El ciclo de auditoría consta de cinco etapas: preparación para la auditoría; criterios de selección; medir el nivel de desempeño; hacer mejoras y garantizar que las mejoras sean sostenibles. Al elegir lo que se va a auditar, debe darse prioridad a las actividades que representan alto riesgo, volumen o costo; o aplicar auditorías derivadas de entes del orden nacional. Acto seguido, han de definirse los estándares a evaluar a partir de guías de buena calidad, establecer planes de acción para superar las barreras locales al cambio e identificar a los responsables de la mejora del servicio y por último, repetir la auditoría para averiguar si se han implementado mejoras en la atención. (4)

La auditoría en salud es considerada una herramienta indispensable para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, verificando los diferentes procesos relacionados con la atención en salud, regulada normativamente en el Decreto 1011 de 2006. (6)

El término auditoría médica o auditoría en salud se ha adoptado preferentemente a lo largo de la historia, lo cual ha ampliado la visión de lo que la misma constituye, a saber:

- Auditoría Clínica vista como una actividad predominantemente comprometida con la calidad del servicio.
- Auditoría Clínica vista como una actividad interdisciplinaria, cuyo ánimo es involucrar todas las profesiones de la salud en una actividad colectiva.

- Auditoría Clínica vista como cultura de evaluación continuada y mejoramiento de la efectividad clínica centrada en los resultados de los pacientes.
- Auditoría Clínica vista desde el análisis de las cuentas generadas en la atención en salud con relación a un contrato de prestación de servicios de salud. (7)

Sin embargo, existen pruebas contradictorias sobre si la auditoría funciona. No se ha encontrado que la auditoría y la retroalimentación sean consistentemente efectivas. Por cada historia de éxito hay un proyecto que se ha ido al suelo sin mostrar ninguna contribución sustancial a la calidad de los servicios. La barrera citada con más frecuencia para una auditoría clínica exitosa es la incapacidad de las organizaciones para proporcionar suficiente tiempo a los equipos de atención médica. (4) Una revisión sistemática reportó que proporcionar a los profesionales de la salud datos sobre su desempeño en forma de auditoría y retroalimentación puede ayudar a mejorar su práctica. (8)

La auditoría clínica hace parte de las políticas institucionales de una organización que permite evaluar si los pacientes reciben la mejor calidad de atención y a su vez, nos proporciona la mejor herramienta disponible para lograr este objetivo, a través de la medición periódica para identificar de forma oportuna, los cambios que deben implementarse. Un ejemplo de una historia de éxito es la auditoría nacional de accidentes cerebrovasculares en el Reino Unido (excluyendo Escocia), que ha mejorado la calidad de la atención a los pacientes con accidentes cerebrovasculares en los tres países. (9)

La auditoría se incluye en el programa básico de formación médica para que los profesionales comprendan cómo obtener, mantener y mejorar los servicios que prestan. Realizar una auditoría también puede ayudarles a afianzar su propio aprendizaje y comprensión del proceso de atención médica en un campo en particular, o contribuir a la construcción o perfeccionamiento de un protocolo clínico. (4)

Según la literatura, existen dos elementos que han demostrado ser más eficaces en la realización de una auditoría: un entorno que hace de la auditoría una prioridad, y la

existencia de un programa estructurado de auditoría, donde un experto o grupos de expertos coordina y reúne los resultados. La mayoría de los especialistas deben tener un líder de auditoría clínica, responsable de crear e implementar una estrategia para la auditoría, establecer prioridades e implementar un programa de auditoría.

Los datos para una auditoría generalmente se recopilan retrospectivamente. Sin embargo, la recopilación prospectiva de datos puede brindarle a un equipo, una retroalimentación inmediata sobre su desempeño actual y actuar como un refuerzo positivo para mejorar o mantener la práctica. La auditoría prospectiva generalmente requiere recursos de tecnología de la información robustos. (10)

Las instituciones del sector salud están obligadas a aplicar métodos selectivos de auditoría en salud, tales como gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados por las personas naturales o jurídicas internas o adscritas que presten servicios asistenciales, los procesos de facturación, el proceso de atención como la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información, en pro de los pacientes, usuarios o beneficiarios de los servicios de salud. (11) A este tipo de métodos selectivos de auditoría, se les conoce muchas veces como programas de auditoría, que además deben ir en línea con los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación- SUH, y que son obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las IPS y las EAPB.

Con la presente monografía se pretende hacer una reconstrucción histórica de la importancia de la auditoría en salud o auditoría médica, que resulta de gran importancia para evaluar y retroalimentar el quehacer de los profesionales de la salud y a la vez identificar las barreras que impiden el desarrollo de una auditoría de calidad de acuerdo con los estándares institucionales del sector salud.

3. Objetivos

3.1. General

Caracterizar los orígenes de la auditoría y su evolución hacia la auditoría en salud, que permitan su reconocimiento e importancia como disciplina técnico-científica que garantiza la prestación con calidad de la atención en salud.

3.2. Específicos

- ✓ Describir el origen y la evolución de la auditoría.
- ✓ Reconocer los hitos históricos de la auditoría en salud, su evolución y su importancia en el mejoramiento de la atención en salud.
- ✓ Caracterizar los diferentes tipos de auditoría.
- ✓ Realizar un análisis sobre los avances de la auditoría como apoyo importante para la garantía de la calidad en salud.

4. Aproximación metodológica

La presente monografía aborda el tema de la auditoría médica, sus antecedentes históricos y evolución y el desarrollo del concepto y ejercicio de la auditoría en el área de la salud.

A continuación, se describen las secciones que forman parte del presente trabajo, seleccionadas de manera tal que permitieran tener una secuencia y abordaje de los mínimos elementos para su desarrollo:

4.1. **Selección del tema**, selección del tema de interés a desarrollar.

4.2. **Definición de secciones y apartados**: De acuerdo con el conocimiento basal del tema, se definieron previamente el enfoque temático de la monografía y los apartados más importantes para iniciar la búsqueda de la información a partir de esta estructura.

4.3. **Búsqueda y recolección de información**: Se realizó una búsqueda en diversas fuentes de la literatura. Inicialmente, se consultaron las bases de datos de Pubmed, Bireme, Scielo y Google Scholar con el fin de identificar artículos relevantes sobre el tema. Posteriormente, se llevó a cabo la búsqueda y recolección de los documentos de índole jurídico correspondientes a decretos, resoluciones, normativas, circulares, etc., publicadas en las bases de datos gubernamentales del país, los cuales son de acceso público.

Se consultaron también repositorios de algunas universidades, como Universidad de Antioquia, Universidad EAFIT y Universidad CES.

Transversalmente se utilizó la estrategia de búsqueda en bola de nieve para identificar fuentes importantes mencionadas en la literatura.

4.4. Análisis e interpretación de la información: Se realizó la lectura y análisis de cada uno de los documentos citados, se identificaron los apartados más relevantes para el desarrollo del tema y se incluyeron las ideas consideradas pertinentes. A su vez se llevó a cabo, una revisión del marco jurídico nacional más relevante respecto al tema de auditoría.

4.5. Redacción del documento: Con base en lo anterior se procedió a la construcción del documento siguiendo el esquema listado en la tabla de contenidos: Introducción, Planteamiento del problema y Justificación, Objetivos, Contexto metodológico, Desarrollo teórico de la auditoría y su evolución hacia los servicios de salud, Discusión y Conclusiones.

Se tuvo retroalimentación constante por parte de una asesora experta en el tema, quien aportó continuamente sugerencias tanto de fondo cómo de forma para la estructuración y desarrollo del documento.

4.6. Citación bibliográfica: Paralelamente a la búsqueda de la literatura, lectura, análisis y redacción del tema, se recopilaron los artículos y documentos utilizados para la construcción del documento. Se utilizó la plataforma Mendeley para el almacenamiento y organización de los archivos. A través de esta herramienta, se gestionaron las referencias bibliográficas de acuerdo con la normativa Vancouver.

5. Desarrollo teórico de la auditoría y su evolución hacia los servicios de salud

5.1. El origen y la evolución de la auditoría.

5.1.1. La auditoría en el mundo

El origen de la auditoría se asienta sobre el nacimiento de las ciencias contables y la transición del hombre de un estilo de vida nómada hacia formas de organización sedentarias basadas en la agricultura y la ganadería. Estos profundos cambios, precipitaron la aparición de técnicas para el registro de los bienes tangibles de las tribus y reinos, y de las transacciones comerciales que se realizaban entre tribus cercanas. Asimismo, la organización alrededor de un líder o gobernante que respaldado en su autoridad divina exigía del pueblo los tributos de la tierra a cambio de protección, permitió que apareciera la auditoría como un método de prevención del fraude y la evasión fiscal. Surge entonces, la figura del recaudador de impuestos, quien debe registrar lo recolectado y certificar que corresponde con lo que se encuentra en las arcas del reino originando así los primeros registros contables. (12)

Existen vestigios de una primigenia auditoría, alrededor del año 5000 A.C., encontrándose escritos que consignan nuevas formas de organización de tribus y reinos, por lo cual el registro de estos se hace indispensable para conocer la situación económica de las comunidades apoyando la toma de decisiones basadas en hechos y no en simples observaciones. (12)

Para el año 400 A.C., en Egipto y Babilonia aparecen sistemas de auditoría que verifican la salida y entrada de mercancías desde las bodegas de almacenamiento incluido “reportes orales” de auditoría, lo que está en congruencia con la etimología del término que se deriva del latín *audire*, “oír”. Esto servía como un sistema de garantía de que aquellos encargados del fisco no se enriquecieran a sí mismos, sino que guardaran su integridad en el cumplimiento de su trabajo. (13)

En Roma aparece el “*Codex tabulae*”, un libro en donde se registran de un lado el efectivo o “*acceptum*” y del otro los gastos o “*expesum*”, situación que alcanzó su cénit para el año 235 A.C., cuando los banqueros romanos desarrollaron verdaderas técnicas contables que permitían conocer la situación económica estatal. (14)

En la Edad Media, las nuevas formas de organización social trasladan el oficio de la auditoría a la Iglesia Católica, reconocida ésta última desde el año 800 D.C., como entidad que llevaba un inventario anual del estado. (14) En este mismo periodo, en Inglaterra durante el reinado de Enrique I aparece la oficina del Exchequer (“cámara de cuentas”) siendo su función principal que las transacciones de gastos y ganancias estuvieran debidamente reportadas. (15)

De manera similar, se encontró la existencia de actividades de verificación en las Ciudades-Estado italianas. Los comerciantes de Florencia, Génova y Venecia utilizaban auditores para ayudarles a verificar las riquezas traídas por los capitanes de barcos de vela que regresaban del Viejo Mundo y se dirigían al continente europeo. Una vez más, en este período la auditoría se preocupaba por la detección de fraudes. En este periodo, la auditoría se limitaba a realizar una verificación detallada de cada transacción. El concepto de pruebas o muestreo no formaba parte del procedimiento de auditoría. Además, no se conocía la existencia de control interno. (12)

A partir de 1840 con el advenimiento de la Revolución Industrial y la aparición de diversas empresas y sociedades comerciales, tomó impulso la promulgación en el Reino Unido del Joint Stock Companies Act de 1844, que dispuso el nombramiento de auditores en los departamentos de contabilidad de las compañías y amplió las funciones de la auditoría no solo a la detección del fraude, sino también a la detección de errores técnicos y de procedimiento. (16)

En la década de los años 20 del siglo pasado, las compañías habían crecido tanto, que las funciones gerenciales se habían separado sustancialmente de aquellas de los propietarios y la responsabilidad del auditor se amplió a aquella de otorgar mayor

credibilidad a los estados financieros presentados a los accionistas, a la par que se sustituyó la revisión de cada transacción realizada, a la selección de una muestra representativa que permitiera optimizar el trabajo y basar sus hallazgos no sólo en los libros contables sino con la observación de fuentes externas. Derivando en un consenso general de que el objetivo principal de la función de auditoría era brindar credibilidad a los estados financieros en lugar de detectar fraudes y errores, lo cual se constituyó como una función o desenlace secundario de la auditoría. (12)

En 1947 surge el Sistema ISO (International Organization for Standardization), para asegurar y certificar la calidad de los procesos de producción y garantizar la calidad de los productos que generan. En las instituciones de salud el Sistema ISO es útil para certificar la estructura y la organización, e indica que están en condiciones de otorgar una atención de calidad, pero no garantiza que esto ocurra; por otra parte, una estructura y organización deficientes pueden ser causa de mala atención. Se concluye que ambos sistemas son complementarios, no excluyentes.

Actualmente, se encargan de desarrollar normas en diferentes áreas del conocimiento, las cuales están orientadas en la mejora de la calidad de las organizaciones y sirven como acreditación y referente a nivel internacional, las normas ISO (International Organization for Standardization), por ser un ente reconocido mundialmente sirve, además, como soporte de “confianza” para los diferentes mercados. Con sus más de 20.000 normas internacionales en las áreas de calidad, de medio ambiente, de seguridad y salud en el trabajo, del sector de las TIC’s y seguridad alimentaria son una potente herramienta, que permite gozar de prestigio a las entidades que se adhieren y logran certificarse con esta entidad. (17)

Por su parte, la norma ISO 19011 (2018), proporciona orientación sobre la auditoría de los sistemas de gestión de auditoría, indica los conocimientos y habilidades que se requieren para realizar “auditorías”. Se refiere a esta como “el proceso sistemático, independiente y documentado que conlleva a la obtención de evidencias objetivas y la evaluación de estas con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría”. (18)

Contempla que los principios de la auditoría propenden por hacer de ella una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles, que proporciona información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño.

La adhesión a estos principios es un prerrequisito para que las conclusiones de la auditoría sean pertinentes y suficientes, a la vez que permitan a los auditores, que trabajan independientemente, alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares.

Se reconocen los siguientes principios:

- a) Integralidad: Los auditores y las personas que gestionan un programa de auditoría deberían desempeñar su trabajo de forma ética, con honestidad y responsabilidad; emprender actividades de auditoría sólo si son competentes para hacerlo; desempeñar su trabajo de manera imparcial y, por último, ser sensibles a cualquier influencia que se pueda ejercer sobre su juicio mientras lleva a cabo una auditoría.
- b) Presentación imparcial: la obligación de informar con veracidad y exactitud los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría deberían reflejar con veracidad y precisión las actividades de auditoría. Se debería informar de los obstáculos significativos encontrados y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado. La comunicación debería ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa.
- c) Debido cuidado profesional: Los auditores deberían proceder con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas. Un factor importante al realizar su trabajo con el debido cuidado profesional es tener la capacidad de hacer juicios razonados en todas las situaciones de la auditoría.
- d) Confidencialidad: Los auditores deberían proceder con discreción en el uso y la protección de la información adquirida en el curso de sus tareas. La información de la auditoría no debería usarse inapropiadamente para beneficio personal del auditor o del cliente de la auditoría, o de modo que perjudique los intereses legítimos del auditado. Este concepto incluye el tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial.

- e) Independencia: Es la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de sus conclusiones. Los auditores deberían ser independientes de la actividad que se audita siempre que sea posible, y en todos los casos deberían actuar de una manera libre de sesgos y conflicto de intereses. Para las auditorías internas, los auditores no deberían pertenecer a la función que se audita.
- f) Enfoque basado en la evidencia: es el método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático, por lo cual la evidencia de la auditoría debería ser verificable. En general debería basarse en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un periodo de tiempo delimitado y con recursos finitos. Debería aplicarse un uso apropiado del muestreo, ya que está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.
- g) Enfoque basado en riesgos: El cual debería influir sustancialmente en la planificación, la realización y la presentación de informes de auditoría a fin de asegurar que se centran en asuntos que son importantes para el cliente de la auditoría y para alcanzar los objetivos del programa de auditoría.

5.2. Los hitos históricos de la auditoría en Salud, su evolución y su importancia en el mejoramiento de la atención en salud.

5.2.1. Auditoría en salud

La auditoría en salud es un concepto relativamente moderno, no obstante, si se permite ser flexible en la historicidad, se puede establecer que la auditoría en salud nace a la vez con el acto médico, pues se reconoce desde el principio a la calidad como atributo indispensable del mismo. Se puede decir que la auditoría médica tiene dos orígenes, uno es el método científico, que permite a los profesionales determinar la calidad de los medicamentos, técnicas y procedimientos realizados; otro, es el modelo de la actividad industrial, como la gestión de la calidad total o el mejoramiento continuo de la calidad de la administración de las instituciones de salud. (6)

5.2.2. A nivel internacional.

El Código de Hammurabi recopilado hacia el año 1750 A.C. establece la ley del Talión (“ojo por ojo, diente por diente”) como castigo a la negligencia. El Juramento Hipocrático que data del 460 A.C. establece disposiciones como “no practicará la talla vesical quien no sepa hacerla”, lo cual es una advertencia contra la impericia. (19)

Para el siglo XIX en la Guerra de Crimea, la enfermera Florence Nightingale hace el primer informe de calidad de atención en salud al encargársele la misión de establecer las causas del exceso de mortalidad en los hospitales de campaña británicos, siendo un trabajo pionero que demostró la relación directa entre las pésimas condiciones sanitarias del lugar y la mayor mortalidad. Las soluciones propuestas al final del informe lograron disminuir las tasas de mortalidad del 40% al 2% en los siguientes seis meses. (20)

Para el año 1908 Ernest Hey Groves, propuso una organización nacional para la recolección de datos clínicos de manera uniforme, solicitando a 15 grandes hospitales investigar las causas de mortalidad de varios tipos de cirugías.

En 1910, Abraham Flexner emite un reporte llamado el “Informe Flexner” donde describe los “hospitales como lugares miserables, trampas mortales sin equipos suficientes para hacer un examen clínico ordinario”, lo cual llevó al establecimiento de estándares mínimos para la enseñanza y la práctica de la profesión médica por parte del Colegio Americano de Cirujanos. (21)

En Estados Unidos en el año 1914, Edward Goodman en consonancia con las iniciativas de estructuración hospitalaria, postula las primeras estrategias que permitían definir si un tratamiento fue exitoso o no en pacientes hospitalizados. En los casos de fallos terapéuticos se buscaba determinar el porqué, con el fin de prevenir errores futuros. Para ello se analizaba el reporte del egreso de los pacientes en lo concerniente a la enfermedad de ingreso.

En 1918, el American College of Surgeons (ACS) define los principios de la estructuración hospitalaria y los criterios mínimos de acreditación por auditoría. (22) Otro importante predecesor en este campo fue el Dr. Ernest Codman, cirujano del Massachusetts General Hospital, en Boston. Fue uno de los fundadores del ACS, similar a Goodman, Codman propuso que "todo hospital debería realizar un seguimiento de cada uno de los pacientes que trata durante el tiempo suficiente para saber si el tratamiento ha sido positivo y si no lo ha sido averiguar las razones". Además, fue el encargado de desarrollar el programa de estandarización de los hospitales, el cual se basó principalmente en aspectos estructurales, estos fueron los cimientos del futuro desarrollo de la Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). (23)

En 1927, Gustav Ward publica su experiencia de investigación de 8 años donde relaciona la mortalidad e infección postoperatoria atribuibles a cada cirujano en los casos de mujeres atendidas en hospitales de Nueva York.

En 1929 en Estados Unidos, Tomas Pontón publica en el boletín del ACS: "Auditoría Médica con base en métodos de contabilidad financiera, propuesta rechazada inicialmente por considerarse que las calificaciones regular, buena o mala no eran aplicables a pacientes no quirúrgicos". (24) Además, de carecer de elementos apropiados para medir la calidad de la atención en los pacientes, no se tenía en cuenta, por ejemplo, si los tratamientos médicos eran los apropiados, o si se había hecho uso adecuado de las instalaciones y servicios de diagnóstico.

En la década de los 30 se publicó el informe de Lee y Jones sobre los costos de la atención médica, que contenía una lista de características, de acuerdo con las cuales se debía evaluar la calidad de la atención brindada por los profesionales y los centros de salud.

Criterios de la atención sanitaria de calidad de Lee y Jones:

1. La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.

2. La buena atención médica enfatiza la prevención.
3. La buena atención médica requiere cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.
4. La buena atención médica trata al individuo como un todo.
5. La buena atención médica mantiene una estrecha relación entre el médico y el paciente.
6. La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos
7. La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas.

En este periodo destaca también el aporte del cirujano Paul A. Lembcke de la institución Johns Hopkins University Medical School, quien propuso un método para evaluar la calidad de la atención: el “audit médico”, en un interés por estudiar por la variabilidad de resultados que observaba en su práctica médica diaria, por lo cual, desarrolló unos criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales y la recolección sistemática de la información. (24)

En 1950, la Universidad de Michigan hace el primer estudio piloto aplicando principios contables para la evaluación del acto médico en 15 hospitales, logrando 2 años después la institucionalización definitiva de esta práctica.

En 1951 el programa de acreditación de hospitales seguía su crecimiento, es así como en Estados Unidos se realizaba seguimiento a 3.290 centros hospitalarios, actividad financiada exclusivamente por el ACS. Ante el crecimiento de este proyecto en 1952, se consolida uno de los hitos más importantes en la historia de la auditoría médica. El American College of Surgeons, en conjunto con otras asociaciones profesionales, dan origen a la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, la cual posteriormente pasará a llamarse “Joint Commission on Accreditation of Health Organizations”. (25)

Alrededor de 1955 Meyers y Slee publicaron dos años de experiencia del ejercicio de un método práctico de Auditoría Médica, desarrollada en conjunto con el ACS.

Se incorporaron elementos importantes como:

- Búsqueda de las causas de distintos tipos de egreso.
- Dar cubrimiento a todos los aspectos significativos de los servicios brindados.
- Incorporar el concepto de Auditoría Médica.
- Utilización de resultados comparables.
- Empleo de equipos electromecánicos para procesar y presentar los datos.

Cabe resaltar que, en la presentación del proyecto una conclusión importante fue: “La auditoría médica despertaba en la mayoría de los médicos temor y suspicacia, porque representaban una amenaza de inspección y crítica”. (26)

En el año 1966 el profesor Avedis Donabedian, médico, especialista en Salud pública por la Universidad de Harvard y condecorado con la medalla Sedgwick al Servicio Distinguido en Salud Pública, la más alta condecoración otorgada por la Asociación Norteamericana de Salud Pública, introdujo los conceptos fundamentales de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy en día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención en salud, abriendo así las puertas para las bases en el desarrollo metodológico e investigativo en el área.

“Estructura” son los medios materiales y sociales empleados para proporcionar la atención, entre ellos el número, la combinación y las aptitudes del personal, así como su forma de organización y control; el espacio, el equipo y otros medios físicos. Al evaluar la estructura se juzga si la atención se proporciona en condiciones que permiten u obstaculizan la prestación adecuada de los servicios. El “Proceso” se refiere a la relación médico-paciente. Los “Resultados” de la atención son los cambios en el estado de la salud, en el paciente o en la población que pueden atribuirse a dicha atención. Una visión amplia incluye los cambios en los conocimientos relacionados con la salud, la educación para la salud, las actitudes y el comportamiento del paciente, así como las modificaciones de los hábitos individuales y poblacionales. (27)

Otra propuesta importante de Donabedian fue la concepción de que la atención sanitaria tiene mayor o menor calidad en la medida que sus atributos se aproximen a los del prototipo

Para su análisis, propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

1. Calidad absoluta: Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.
2. Calidad individualizada: Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrán sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.
3. Calidad social: Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (27)

Teniendo en cuenta la propuesta de Donabedian y con el objetivo de contar con una mejor perspectiva de los estudios sobre la calidad de atención en salud éstos se han clasificaron en 5 categorías:

1. Estudios principalmente de la estructura.
2. Estudios principalmente del proceso:
 - Observación directa de la práctica.
 - Estudios basados en el registro médico.
 - La presencia o ausencia de determinados elementos fundamentales de la atención.

- Justificación de la cirugía y otros procedimientos de importancia.
 - Auditorías que utilizan criterios explícitos.
 - Auditorías que utilizan criterios implícitos.
3. Estudio principalmente del resultado:
- Morbilidad, incapacidad, mortalidad y longevidad en comunidades y poblaciones.
 - Sucesos adversos susceptibles de prevención.
 - Progresión de enfermedades susceptibles de prevención.
 - Resultados de diagnóstico específico.
 - Mortalidad y morbilidad postoperatorias
4. Atribución de responsabilidades en situaciones diversas.
- Con especificación previa de los resultados esperados.
 - Sin especificación previa de los resultados esperados.
5. Estudios que combinan proceso y resultado para demostrar los efectos del sistema: “Trayectorias”. y “Rastreadores”.
6. Evaluación de las estrategias:
- Mapa de criterios.
 - Prueba de las estrategias: con modelos, con pruebas clínicas. (27)

De la amplia producción en este campo realizada por el profesor y a sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, Donabedian hizo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención en salud, delimitando no solo el terreno teórico sino también pautas prácticas. (28)

Entre 1955 a 1980 la auditoría médica se reconoce como un instrumento para impactar en la morbilidad y se extiende la experiencia a todos los hospitales modernos con métodos simples estandarizados.

En 1965 se da el inicio de la acreditación de hospitales en España. Dando así paso al desarrollo del sistema de Seguridad Social y Seguro de Enfermedad (actual Sistema

Nacional de Salud, SNS), y a la construcción de residencias y sanatorios (actuales hospitales del SNS) y ambulatorios en la década de los 70. (29)

En 1977 El Royal College of General Practitioners resalta las deficiencias en la calidad de la práctica de la medicina general y reconoce la auditoría médica como una vía para mejorar los estándares de atención en salud. (30); llevando a que en 1979 el National Health Service (NHS) en Inglaterra solicite auditorías en todos los centros asistenciales. Por su parte en el continente Americano, en 1983 Canadá exige Programas de Garantía de Calidad.

En Cataluña, a principios de los ochenta los entes administrativos impulsaron un programa para acreditar los hospitales de enfermos agudos, inspirado en los sistemas de acreditación reconocidos en aquel momento, con los objetivos principales de homologar la calidad y evaluar los servicios de salud para facilitar el uso eficiente de los recursos. El programa de acreditación de hospitales constituyó el primero de estas características en Europa, y fue el elemento clave para la creación de la red de hospitales públicos de Cataluña. (31)

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (ISQua - International Society for Quality in Healthcare), organización global sin fines de lucro que se dedica a mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica en todo el mundo, y ha sido reconocida como líder en el campo de la mejora de la calidad y la seguridad en la atención médica y se le llama el “certificador de certificadores”.

Sus servicios ayudan a los profesionales de la salud a alcanzar la excelencia en servicios de salud. Estos servicios incluyen:

- La acreditación del desempeño de organizaciones de evaluación externa de la atención en salud.
- La acreditación de estándares de atención en salud que satisfagan los principios internacionales de ISQua.

- La acreditación de programas de entrenamiento de evaluadores externos de atención en salud.
- Educación, entrenamiento y apoyo, para el desarrollo orgánico y preparación para la acreditación. Ofrece programas de formación en calidad y seguridad en la atención médica para profesionales de la salud. Estos programas ayudan a desarrollar habilidades y conocimientos en la mejora de la calidad de la atención y la implementación de prácticas seguras.

Por medio de ello busca establecer el estándar de calidad en la atención en salud a nivel internacional por medio de un programa de acreditación para organismos de evaluación externa de la atención en salud, que establecen estándares, educan y capacitan, evalúan desempeño y reconocen logros. (32)

5.2.3. A nivel regional.

Para el año 1923, en Brasil se dan los primeros pasos para el desarrollo de la Auditoría Médica, con el origen de la seguridad por la ley Eloy Chaves que creó el carril de caja de jubilación, protección social otorgamiento de pensión, jubilación, asistencia médica y productos farmacéuticos. Se consolida sólo en los años 80's en el control de fraude y el abuso por parte de los prestadores de servicios de salud, mediante la Resolución 45 de 12 de julio de 1984, por el antiguo Instituto Nacional de Asistencia Médica y Bienestar Social (INAMPS) que la define, como un conjunto de acciones administrativas, técnicas y de observación, tratando de establecer la caracterización del rendimiento de los cuidados, realizado por miembros de todos los niveles de ejecución, en particular, se hace referencia a la propiedad, las unidades médicas, los contratistas, y al régimen de cogestión. (33)

Años después se realiza el Primer Congreso de Auditoría Médica en Brasil (1996) y para el año 2001 el Consejo Federal de Medicina de ese país normaliza la actividad de la Auditoría Médica. (34, 35)

En Chile comienza la difusión de la Auditoría Médica a partir del año 1952 en diversas publicaciones como en la revista de la antigua Beneficencia, y su implementación en

distintas organizaciones de salud como en el Hospital Escuela José Joaquín Aguirre, entre otros.

Se destaca la oficialización por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del "Programa de Evaluación de la Calidad en Salud" en el año de 1960, que años más tarde pasó de la denominación de auditoría médica a evaluación médica, enfocada en la evaluación de la calidad de la atención a través del expediente clínico. Finalmente, en el año 1974 se realizaron diferentes publicaciones de evaluación médica que incluyeron aspectos como: "la autocrítica del médico como instrumento para mejorar la calidad de la atención; la autoevaluación de los casos de defunción que fueron sujetos a autopsia, con objeto de aprender con base en probables deficiencias médico-administrativas en la atención: evaluación de la continuidad de la atención en los traslados interunidades de pacientes, evaluación de la calidad de la atención de enfermería a través de la revisión de sus registros; la evaluación de la eficiencia de un médico con base en su productividad y sus posibles repercusiones en calidad", bajo los cuales las instituciones de salud y personal médico debían orientarse para su quehacer en la práctica. Para el año 1983, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) desarrolla el Programa de Evaluación Integral de las Unidades Médicas a través de la identificación y solución de los problemas que la afectan y la reingeniería de los procesos ineficientes o con baja calidad, enmarcado en la teoría de sistemas que evalúa estructura, proceso y resultados propuesta por el profesor Avedis Donabedian.

En 1970, tienen lugar en Argentina las Primeras Jornadas Nacionales de Auditoría Médica Compartida y se crea la 1° Auditoría Multidisciplinaria. También se crea la ley de Obras sociales 18.610 la cual impulsó la Auditoría Médica en el Control y Fiscalización de las prestaciones médico - asistenciales. En estas jornadas se trataron los requisitos mínimos exigibles como primer antecedente relacionado con la acreditación de establecimientos privados de atención médica que contrataron con Obras Sociales (E.P.S) y Mutuales (Cajas de Compensación). Se presentaron por parte de hospitales públicos y privados sistemas activos y eficientes de Auditoría Médica. (36)

Algunos de los temas y conclusiones abordadas fueron las siguientes:

- La auditoría médica es la evaluación realizada por médicos, de la calidad de la atención médica prestada, con base en la documentación clínica.
- Tiene por objetivo promover el perfeccionamiento de la atención médica.
- Constituye un valioso instrumento para la educación continuada basada en el mecanismo de la autocrítica; integrando a todo el cuerpo profesional comprometido en la atención.
- No debe transformarse en un mero instrumento de fiscalización, control y/o supervisión de la atención, ya que no constituye la esencia de este ejercicio.
- Se debe realizar una implementación por etapas, de acuerdo a la realidad de las regiones y teniendo en cuenta la organización de la institución y de los profesionales de la salud; la organización del departamento de estadística y registros médicos, como centro de información necesaria, accesible y oportuna; la actitud positiva de los médicos para promover e implantar la Auditoría Médica y sus instrumentos.
- La organización de los comités de auditoría debe posibilitar la participación de todos los profesionales, e ir acorde a la complejidad de las instituciones de salud.
- Es indispensable contar con la implementación de un sistema de registro médico que provea información adecuada, suficiente y oportuna.
- Debe utilizar normas de calidad de acuerdo a la investigación y educación médica y que la experiencia colectiva haya demostrado como eficientes.

En este evento se brindaron recomendaciones relevantes para la época en el área de auditoría médica, destacando:

- Se debe contar con una historia clínica única, con archivo centralizado, accesible a todos los profesionales. Así mismo, simplificar y unificar los formularios de las instituciones de salud lo cual facilite la recolección de la información y la elaboración de la documentación.
- Se debe implementar la auditoría médica en todas las Instituciones de Salud, donde se brinda atención médica.
- Se aconseja llevar a cabo la auditoría interna con fines de educación y autocrítica médica. Así como la auditoría médica compartida en vinculaciones contractuales.

Es así como en el año 1973 se crea SADAM - la Sociedad Argentina de Auditoría Médica que para el año 1990 se convierte en una sociedad civil sin fines de lucro con el nombre de Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria, orientada en la formación de auditores enfocados principalmente en el fortalecimiento de competencias de los profesionales de los organismos de control con la finalidad de contar con herramientas en calidad, oportunidad en la prestación del servicio y la seguridad del paciente. (37) Para el año 1989 en Argentina, el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires, por Resolución 5001/89 en el Artículo 5, reconoce a la Auditoría Médica como una disciplina no asistencial y factible de ser especialidad.

5.2.4. A nivel nacional.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), menciona que la auditoría es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Tan variadas como son las definiciones de auditoría, como las clasificaciones de los tipos de auditorías. Algunas de las más relevantes son las siguientes:

La auditoría interna, consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia diferente al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna. (38) Son denominadas en algunos casos auditorías de primera parte o de primer orden, ya que se realizan por, o en nombre de la propia organización, por parte de un empleado de la empresa/organización o a manera de consultor externo contratado por la misma empresa.

En contraparte existe la auditoría externa, la cual se entiende como la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol. (38) Estas

incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda y tercera parte. Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tales como los clientes o por otras personas en su nombre; o por solicitud de un cliente u organismo regular. Las auditorías de tercera parte se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes, tales como las que otorgan la certificación/registro de conformidad o agencias gubernamentales o entes internacionales de referencia. (39)

En función de la razón social y actividades que desempeña una empresa u organización, se implementan diferentes tipos de auditoría las cuales buscan evaluar de manera acertada los procesos específicos en el campo de acción de la institución. En este sentido existe por ejemplo la auditoría de servicios, pretende mejorar la calidad del servicio ofrecido de manera continua, con el fin de incrementar la satisfacción del cliente, teniendo a este último como punto central de sus intervenciones y de la medición de la efectividad de estas.

Debido a la naturaleza y características especiales de los servicios frente a los productos, la calidad en los servicios no puede ser gestionada de igual manera, debido a que no son tangibles. La medición de la calidad del servicio es diferente de la del producto ya que es más difícil de evaluar y hay que tener en cuenta dos aspectos: el proceso y el resultado del servicio.

La auditoría de cuentas se refiere al análisis y la emisión de un concepto profesional por parte del auditor, en donde se evalúan las cuentas anuales preparadas por los administradores de la sociedad auditada. Tiene que ver con todo lo relacionado al marco normativo de la información financiera, y se configura en la mayoría de los casos como un tipo de auditoría externa. (40)

Auditoría concurrente, se conoce también como auditoría continua. Es la secuencia de actividades que abarcan desde la evaluación continua de control hasta la evaluación continua de riesgos y se basa en la metodología para la emisión de informes de auditoría

simultáneamente, o un corto periodo de tiempo después de la ocurrencia de los hechos relevantes. (41) Entre sus ventajas, se destaca la posibilidad de hacer modificaciones o mejoras a los procesos en tiempo real, lo cual contribuye a evitar reprocesos y sobrecostos.

Desde el enfoque de las instituciones de salud, la auditoría concurrente evalúa de forma sistemática, continua e integral la calidad de la asistencia médica que se le ofrece al paciente, la cual incluye el uso racional de los procedimientos empleados para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación comparados con el resultado final obtenido. Además, garantiza que la facturación se corresponda a la cobertura según la normatividad vigente. (42) Facilita los egresos hospitalarios y / o remisiones a otro nivel de complejidad evitando las barreras administrativas en la prestación del servicio; mejorando el giro cama y la disponibilidad de camas hospitalarias. (41,43)

En las instituciones de salud se implementan metodologías de auditoría específicas para los procesos y servicios desarrollados, dando origen a términos más relevantes tales como la auditoría en salud y la auditoría médica, usados de manera equivalente en la literatura. Es así como la auditoría en salud, se entiende como un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica con base en el análisis crítico y objetivo de la historia clínica. La principal finalidad de este tipo de auditoría es monitorizar, controlar y mejorar la calidad de la atención en salud, contribuyendo de manera continua a la educación de los profesionales de la salud, a partir de un conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención médica mediante el análisis de su programa, contenido y procesos, confrontándolos con las normas vigentes orientadas al mejoramiento de su calidad y rendimiento. (42)

En Colombia, se reconoce la introducción de la auditoría con la creación en el siglo XVI de la Real Audiencia de Santa Fe de Bogotá, encargada de la administración de los territorios, unificar las rentas, hacer juicios a empleados con funciones fiscales y asegurar el flujo de recursos a la corona durante el periodo colonial. (43)

La independencia trajo consigo una mayor demanda de recursos financieros, por lo cual hubo atentados al tesoro nacional para financiar la causa independentista. Eso hizo que se promulgara el 23 de octubre de 1819 la “Ley Principal contra los Empleados de Hacienda” donde se establecieron penas severas incluida la pena de muerte a aquellos a quienes se les comprobara la comisión de fraude. Se crea a la vez, el Tribunal Mayor de Cuentas encargado del presupuesto y también la Superintendencia General de Hacienda, que hace las veces de contraloría. (43)

Para 1922, Colombia contrata los servicios de una misión extranjera liderada por Edwin Walter Kemmerer encargada de organizar la Hacienda Pública, las aduanas y el sistema monetario. Entre 1945 a 1975 se responsabiliza a la Contraloría de la fiscalización del erario (), lo cual se ratifica años más tarde, en la Constitución Política de 1991, la cual en los artículos 206 y 269, reconoce los principios de la administración pública, a saber, igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

En el año 2005 se crea el Modelo Estándar de Control (MECI 1000:2005). Se configura como un marco de referencia establecido por la Contraloría General de la República de Colombia con el objetivo de promover y fortalecer el control interno en las entidades del sector público. Tuvo cómo fundamento y soporte el anexo técnico del decreto número 1599 de mayo de 2005.

Este modelo establece los lineamientos y criterios para implementar un sistema de control interno efectivo en las entidades gubernamentales.

Los objetivos del Modelo MECI se pueden agrupar en los siguientes:

1. De control de cumplimiento: Garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo a través de las acciones pertinentes; Determinar y observar el marco legal que le es aplicable; Diseñar los procedimientos de verificación y evaluación que garanticen el cumplimiento del marco legal aplicable.
2. De control estratégico: Generar y mantener un entorno laboral favorable para crear conciencia en el servidor público de la importancia del control interno en la gerencia pública moderna; Establecer los procedimientos que le permitan a

la entidad u organismo su diseño y desarrollo organizacional inherentes a su naturaleza, características y propósitos; Diseñar los procedimientos necesarios, que permitan a la entidad u organismo cumplir su misión, proteger los recursos bajo su custodia, y administrar efectivamente los riesgos.

3. De control de ejecución: Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía; Velar porque todas las actividades y recursos de la entidad u organismo estén dirigidos hacia el cumplimiento de su misión y al logro de su visión; Establecer los procedimientos que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable, el cumplimiento de la misión y la rendición de cuentas a la comunidad; Diseñar los procedimientos que permitan una información interna y externa de manera transparente, oportuna, veraz.
4. De control de evaluación: Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión de la entidad u organismo por parte de los diferentes niveles de autoridad y permitir así acciones oportunas de corrección y de mejoramiento; Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanentes del sistema de control interno; Garantizar la existencia de la función de evaluación independiente de las oficinas de control Interno, auditorías internas, o quien haga sus veces; Propiciar el mejoramiento continuo del control y de la gestión de la entidad u organismo; Establecer los procedimientos que permiten integrar las observaciones de los organismos de control fiscal, a los planes de mejoramiento de la entidad u organismo.
5. De control de información: Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la generación de información veraz y oportuna; Establecer los procedimientos que permitan la generación de la información que, por mandato legal, le corresponde suministrar a la entidad u organismo a los órganos de control; Garantizar la publicidad de la información que se genere en la entidad

u organismo; Garantizar el suministro de información veraz y oportuna para el proceso de rendición de cuentas. (44)

Por medio de la aplicación de este modelo se busca contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios públicos y a prevenir y detectar irregularidades o fraudes en el uso de los recursos públicos.

En el año 2009 se publica la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP 1000:2009) la cual establece los lineamientos y requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en entidades del sector público a nivel nacional. Se elaboró con la finalidad de que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. Fue desarrollada, principalmente, por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) en conjunto con entidades del sector público.

El objetivo principal de la NTCGP 1000:2009 es promover la mejora continua de la gestión pública y el cumplimiento de los principios de eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y orientación al ciudadano. La norma se basa en la estructura de la norma ISO 9000:2005 y la norma ISO 9001:2008, permite el cumplimiento de esta última norma internacional ya que se ajusta a la terminología y requisitos de esta, empero fue adaptada y complementada para las particularidades del sector público e integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO. (45)

Algunos de los aspectos clave que aborda la NTCGP 1000:2009 incluyen:

1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección: Establece la importancia del compromiso de los líderes para promover una cultura de calidad y mejora continua en la gestión pública.

2. Enfoque basado en procesos: Promueve la identificación, documentación y gestión de los procesos clave para lograr los objetivos institucionales.

3. Orientación al ciudadano: Destaca la importancia de comprender las necesidades y expectativas de los ciudadanos y garantizar una prestación de servicios públicos de calidad.

4. Gestión del talento humano: Establece lineamientos para la gestión del personal, incluyendo selección, capacitación, desarrollo y reconocimiento del talento humano en el sector público.

5. Medición, análisis y mejora: Proporciona pautas para la medición del desempeño, la recolección y análisis de datos, la implementación de acciones correctivas y preventivas, y la mejora continua de los procesos.

Cómo se mencionó, la orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Este enfoque permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades, circunstancia que debe ser la principal motivación para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, y no simplemente la certificación con una norma, la cual debe verse como un reconocimiento, pero nunca como un fin. (45)

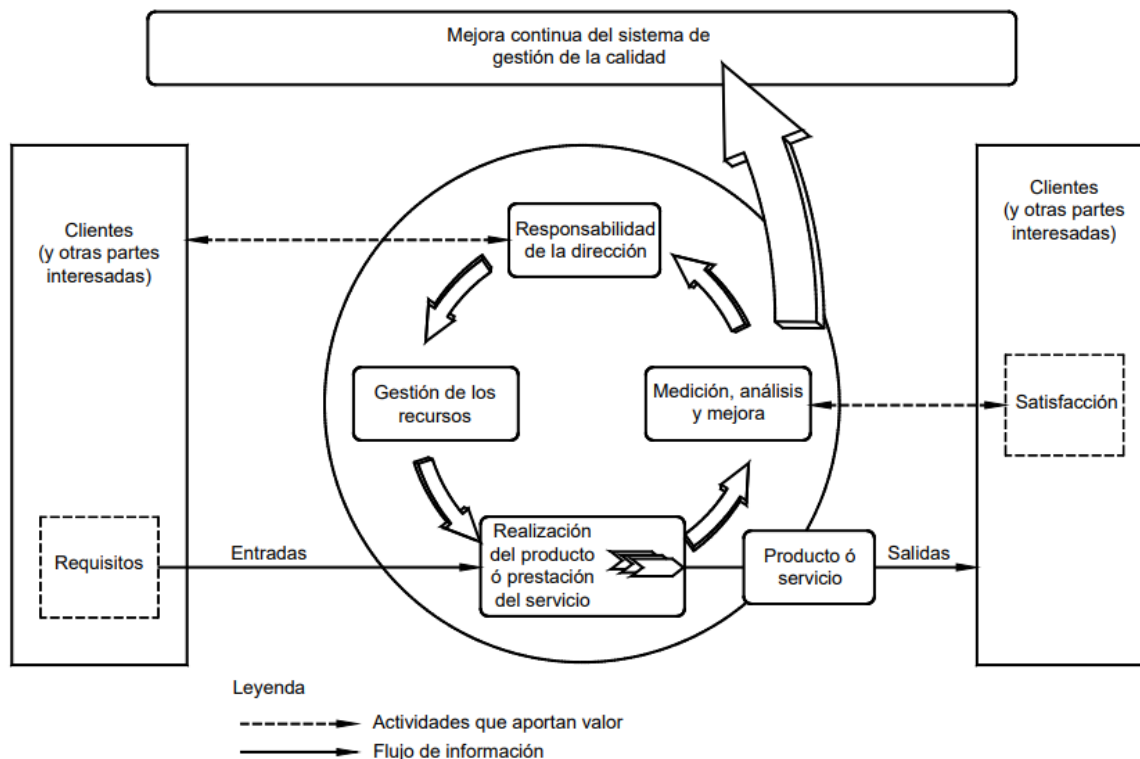


Figura 1. Modelo de un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos.

Tomado de: NTCGP 1000:2009 (45)

En cuanto a su aplicación, la NTCGP 1000:2009 es aplicable a todas las entidades del sector público colombiano, incluyendo instituciones gubernamentales, empresas estatales, entidades descentralizadas, entre otras. La implementación de esta norma puede contribuir a fortalecer la gestión pública, mejorar la eficiencia de los procesos y aumentar la satisfacción de los ciudadanos.

Todos los requisitos de esta norma son genéricos, y se busca que sean aplicables a todas las entidades dentro del alcance de la Ley 872 de 2003, sin importar su tipo, tamaño, producto o servicio suministrado. Cuando uno o varios requisitos de esta norma no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la entidad y de su producto o servicio, pueden considerarse para su exclusión, teniendo en cuenta que tales exclusiones no deben afectar la capacidad o responsabilidad de la entidad para proporcionar productos y/o servicios que cumplan con los requisitos del cliente y los legales que le sean aplicables.

5.2.5. Auditoría en salud en Colombia

En Colombia, la introducción de la Auditoría en Salud parece un fenómeno más reciente pero no menos lleno de cambios trascendentales. En 1975 se crea la Oficina de Evaluación Médica en el Instituto de Seguros Sociales. En la década siguiente, entre 1983 a 1987, el Instituto de Seguros Sociales expide el documento Garantía de los Servicios de Salud, que inicia con la implementación de marcos teóricos para la atención en salud con calidad.

La Ley 87 de 1993 establece la auditoría interna cómo competencia de las entidades estatales retomando del sector privado la práctica de la auditoría y de las actividades de control interno. Lo anterior se complementa con la Ley 100 de 1993, la cual Reglamenta el Sistema de Seguridad Social en Salud y otorga facultades al gobierno nacional para expedir normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, así como a la auditoría, la función de verificar el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos por el Gobierno Nacional consolidando las auditorías médicas en el sector estatal Mediante el artículo 153 de esta ley se establece la calidad cómo fundamento del servicio público y se determina que “El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales”. (46)

Todo esto desemboca en la creación de un Sistema General de Garantía de la Calidad a través de la Resolución 4445 de 1996 y el Decreto reglamentario 2174 de 1996, los cuales definen las condiciones mínimas para el funcionamiento de un prestador, la acreditación institucional, la auditoría como sistema de monitoreo y seguimiento de la prestación de servicios y el sistema de información a los usuarios sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los prestadores. Esto reglamentó parcialmente a los auditores en salud, aunque las técnicas de auditoría no se definieron totalmente y se aceptó que se usaran documentos de trabajo de uso común en otros tipos de auditoría.

En concordancia con ello, en este mismo año se expide la Circular 009 de 1996 que aborda la atención al usuario y el trámite oportuno de las quejas o peticiones que se formulen ante los entes vigilados, relacionadas con la calidad en la prestación de los servicios de salud. Apuntando que se trata de un derecho con amparo constitucional, desarrollo legislativo y reglamentario, implicando así el deber por parte de las entidades y personas que prestan directa o indirectamente el servicio público esencial de la salud de atenderlas, así como la obligación por parte de la Superintendencia en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, de velar en coordinación con las demás autoridades, por la cumplida y oportuna atención de dichas quejas o peticiones.

La Resolución 4252 de 1997 establece las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud y fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales. En ella se establece, por ejemplo, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben realizar un manejo sistemático de historias clínicas individualizadas y contar con un sistema de garantía de calidad que incluya un Plan de Mejoramiento de la Calidad.

Más tarde se expide la Resolución 3384 del 2000, la cual modificó parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y derogó la Resolución 1078 de 2000. En esta se definen temas importantes relacionados con las obligaciones a cumplir por los entes de salud y las metas a alcanzar en cuanto a prestación de servicios y cobertura de la atención. Se establecen las responsabilidades de las EPS frente a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos y no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), tanto para el régimen subsidiado como contributivo. También, hace hincapié en la necesidad de dar cumplimiento a las guías de atención de enfermedades de salud pública y a las Metas de Cumplimiento para cada uno de los procedimientos incluidos en las Normas Técnicas de protección específica y detección temprana. Así mismo fija, entre otras disposiciones, como debe realizarse la aplicación de Copagos y Cuotas Moderadoras a los procedimientos de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Seguidamente, el Decreto 2309 de 2002 define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del SGSSS. Este se define como el conjunto de instituciones que están inmersas a las normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos establecidos en el sector salud, el cual busca generar, proteger y mejorar la calidad de servicios de salud del país. Integrado por cuatro componentes, a saber (38):

- Sistema Único de Habilitación (SUH)
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)
- El Sistema Único de Acreditación (SUA).
- El Sistema de Información para la Calidad.

Sistema Único de Habilitación (SUH)

En su artículo 36 este decreto aborda el tema de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Lo define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el SUH. Establece que los procesos de auditoría son obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

Y establece las implicaciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad:

a) La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. **b)** La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. **c)** La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Dicho esto, el SUH, se define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se 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, las cuales son de obligatorio cumplimiento.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC): Es 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. (38)

Establece que los programas de auditoría deben ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

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

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el modelo que se aplique debe operar en los siguientes niveles:

- Autocontrol: cada miembro de la entidad debe planear, ejecutar, verificar y ajustar los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

- Auditoría Interna: consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.
- Auditoría Externa: la cual verifique la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

En este aspecto fue el Decreto 1011 de 2006 el cual determinó que el modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se debe llevar a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas:** conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de esta.
2. **Acciones de Seguimiento:** conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. **Acciones Coyunturales:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

De acuerdo al rol y los ámbitos de acción de las diferentes entidades pertenecientes al sistema de salud deberá realizarse el énfasis de los procesos de auditoría. Así, las EAPB deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los

resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales. En última instancia, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción.

Además de ello las EAPB han de establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud: La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas
- Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto. (47)

- Sistema Único de Acreditación (SUA): Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

Este sistema se orienta por los siguientes principios:

1. Confidencialidad: la información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
2. Eficiencia: las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
3. Gradualidad: el nivel de exigencia establecido mediante los estándares del SUA será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

El SUA debe estar orientado y dirigido por una única Entidad Acreditadora, quien es seleccionada por el Ministerio de Salud y es la responsable de conferir o negar la acreditación a las entidades que se acojan al proceso. (38)

Con el fin de continuar el fortalecimiento del Sistema General de Garantía de la Calidad, la Resolución 1446 de 2006 define el Sistema de Información para la Calidad en Salud y adopta los indicadores de monitoría. Este sistema estimula la competencia por calidad

entre los agentes del sector y permite orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, de manera que puedan tomar decisiones informadas y libres en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (38)

Los objetivos del Sistema de Información para la Calidad en Salud, son los siguientes:

1. Monitorear: hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar: contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
3. Referenciar: contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular: propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Basándose en los principios de

1. Gradualidad: la información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. Sencillez: la información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. Focalización: la información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
4. Validez y confiabilidad: la información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación: en el desarrollo e implementación de la información deben participar de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Eficiencia: debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada. (47)

Más tarde la Circular 030 del mismo año define por parte del sistema obligatorio los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.

Estableciendo que las EPS y las Empresas de Medicina Prepagada deben establecer un programa de auditoría que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

- Evaluación propia de la Red Prestadora de Servicios de Salud: mediante el cual debe evaluarse sistemáticamente la suficiencia de la red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia y garantizar que todos los prestadores de la red estén habilitados, que la atención brindada se dé con las características del Sistema obligatorio de Garantía de calidad y la atención para evaluar la satisfacción del usuario respecto del ejercicio de sus derechos y al acceso y oportunidad de los servicios.
- Auditoría externa, con el fin de evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los prestadores de servicios de salud. Determinando prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de la oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad y pertinencia, características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

A la par debe evaluarse la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos. Se deben adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en los procesos anteriormente definidos de atención en salud los cuales deben estar incluidos en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. (49)

Esta circular aporta los Indicadores de calidad para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cómo son: Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General, Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica Especializada, Proporción de cancelación de cirugía programada, Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias, Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados, Proporción de pacientes con HTA controlada, Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, Tasa de satisfacción global, Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-s, Oportunidad de entrega de medicamentos POS, entre muchos otros, de los cuales se debe hacer un reporte detallado semestral por parte de las instituciones. Además de ello otorga las pautas para el cálculo y reporte de cada uno de estos indicadores. (49)

Conforme al tema de la atención y satisfacción del usuario, se publica la Circular 031 del 2006 la cual brinda instrucciones en materia de atención telefónica al usuario. Fundamentándose en que uno de los mecanismos básicos en los procesos de transparencia, de garantía de la calidad y de la adecuada prestación de los servicios de salud es el relacionado con la recepción y atención oportuna de los reclamos y peticiones presentadas por los usuarios de los servicios de salud. Por lo cual, las entidades que prestan servicios de salud que tienen bajo su responsabilidad diferentes actividades en relación con los usuarios deben tener un contacto directo, permanente y oportuno con los mismos, como parte de la calidad en el servicio que están obligadas a prestar y de su estructura administrativa.

La calidad en la atención al usuario contiene figuras como la atención inicial de urgencia, la referencia y contrarreferencia, la atención de reclamos, solicitudes y peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Siguiendo este razonamiento define que a) Todas las entidades objeto de la circular deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. b) Deben contar con al menos: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud un número telefónico local; las Entidades Territoriales un número telefónico gratuito regional y las Entidades Promotoras de Salud números locales en los departamentos donde tenga afiliados y un número gratuito nacional. c) Deben divulgar los números de atención telefónica a los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números. d) La Superintendencia Nacional de Salud debe realizar los controles correspondientes a través de los medios de atención al usuario de que dispone y asimismo recibirá las inquietudes de los usuarios del sistema para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

El siguiente año se expide la Resolución 1043 del 2007, la cual se refiere a 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.

El año siguiente se expide la Circular 049 de 2008 la cual complementa y amplía diferentes acciones a llevar a cabo por parte de los 4 componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. hace referencia al Sistema Único de Habilitación, en cuanto a las condiciones y capacidades requeridas por los entes de salud, hace referencia a:

- Capacidad técnico- administrativa, definida como el conjunto de requisitos relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

Para dar cumplimiento a este aspecto se debe tener en cuenta

- a) En la estructura organizacional se deben identificar con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad del riesgo y defensa de los derechos del usuario.
 - b) El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.
 - c) El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multifiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la Red de Prestadores de Servicios de Salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.
 - d) El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.
 - e) El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.
- Condiciones de capacidad financiera: Se refiere a los requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las entidades prestadoras de los servicios de salud. Se deberán tener en cuenta el capital o fondo social mínimo de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según los establecido en las disposiciones vigentes en proporción al número

de afiliados y la constitución de una cuenta independiente de las rentas y bienes para administración de los recursos.

- Condiciones de capacidad tecnológica y científica: Son aquellas establecidas como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en salud en las distintas áreas geográficas del país.

Para satisfacer estas condiciones se debe tener en cuenta como mínimo:

- a) El diseño, documentación y aprobación de los Manuales de Procesos y Procedimientos para la Planeación y Prestación de los Servicios de Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación.
- b) La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.
- c) El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.
- d) El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes y de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.
- e) Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

La Resolución 3280 del 2018, la cual reemplazó a la Resolución 412 del 2000, por medio de esta se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, agrupando en poblaciones. Estas rutas buscan brindar atenciones para prevenir y anticipar la enfermedad en diferentes grupos poblacionales, como niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y población materno perinatal.

Este mismo año la Resolución 5095 del 2018 por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia en su versión 3.1". La cual luego se ve modificada parcialmente por la Resolución 1328 de 2021. Se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018 y establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud que deseen acreditarse con énfasis en servicios de baja complejidad, en el marco del Sistema Único de Acreditación del SOGC, podrán realizarlo cumpliendo con los estándares pertinentes del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia y los estándares pertinentes de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud que se definan entre el prestador y el ente acreditador que se encuentre inscrito en el Registro Especial de Acreditadores en Salud.

6. Discusión y conclusiones

- La auditoría no ha sido muy aceptada como instrumento de cambio técnico o gerencial.
- Los prestadores de los servicios consideran el control de la calidad como un acto coercitivo.
- La auditoría se realiza parcialmente sobre el cumplimiento de las actividades y no sobre el cumplimiento de metas, objetivos.
- La auditoría de la salud es un área que requiere un alto grado de cualificación del profesional, ya que las acciones realizadas en el cuidado de la salud requieren de mucha responsabilidad y proporciona la información necesaria para orientar las actividades llevadas a cabo por los auditores.
- La auditoría clínica requiere de profesionales competentes y preparados que pueden darles a los avances en la asistencia sanitaria, ya que está directamente relacionada con la calidad de la atención para ser responsable de la atención. En la búsqueda de la calidad de la atención, la competencia es la capacidad para desarrollar las funciones que buscan principalmente la calidad del servicio.
- Son fuentes de información de la Auditoría Médica la Historia clínica, los protocolos de diagnóstico y tratamiento, y los protocolos de exámenes de ayuda diagnóstica, que también permiten retroalimentar el conocimiento médico, facilitando la superación de inconsistencias para lograr una buena calidad de atención médica.

7. Referencias bibliográficas

1. Rodríguez, D.M., García, C.A., Ruiz, J.C. La auditoría y su control de calidad: una mirada desde las normas de aseguramiento de la información en Colombia. (2016) Disponible en: <https://revistas.ugca.edu.co/index.php/contexto/article/view/652/954>
2. Ramsay, A. D. Locally organised medical audit in histopathology. *Journal of Clinical Pathology*, (1991). 44(5), 353–357. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jcp.44.5.353>
3. Chambers, R., Bowyer, S., & Campbell, I. Investigation into the attitudes of general practitioners in Staffordshire to medical audit. In *Quality in Health Care*. (1996)(Vol. 5).Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1055349/pdf/qualhc00019-0016.pdf>
4. Benjamin, A. The competent novice. Audit: How to do it in practice. In *BMJ* (2008). (Vol. 336, Issue 7655, pp. 1241–1245). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.39527.628322.AD>
5. Sandoval Morales, H. INTRODUCCIÓN A LA AUDITORÍA. 2012). Disponible en: <https://docplayer.es/4298849-Introduccion-a-la-auditoria.html>
6. Machucca Albarracín, D. La Auditoria Concepto Actual o Antiguo. *Ciencia y Cuidado*, Vol 4(4). 2007. Disponible en: extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2534049.pdf
7. Ministerio de Salud de Colombia. Ley número 1122 de 2007. (2007). Disponible en: <https://repositorio.saludcapital.gov.co/bitstream/handle/20.500.14206/13554/ISolution2405.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. (2006). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000259.pub2>
9. Hoffman LCST, A., Lowe, D., & Rudd FRCP, A. National Sentinel Audit of Stroke 2006. Royal College of Physicians. Disponible en: <https://rb.gy/fsd0m>
10. Morrell, C., Harvey, G., & Kitson, A. Practitioner based quality improvement: A review of the Royal College of Nursing's dynamic standard setting system. In *Quality and Safety in Health Care*. BMJ Publishing Group (1997). (Vol. 6, Issue 1, pp. 29–34). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/qshc.6.1.29>
11. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Decreto 780 de 2016. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=77813

12. Lee T, Azham MA. The evolution of auditing: An analysis of the historical development. *J Mod Account Audit*. 2008. Disponible en: (PDF) The evolution of auditing: An analysis of the historical development (researchgate.net)
13. Gonçalves, M. . Ensayo Sobre la Presencia de la Contabilidad en las Civilizaciones Antiguas. (2009) Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/264550770>
14. Sinisterra, G., Polanco, L., y Henao, H. Contabilidad: Sistema de información para las organizaciones. (2011). (Sexta ed.). Mc Graw Hill. Disponible en: Contabilidad: Sistema de información para las organizaciones, 6ta Edición (bibliotecaceunem.com)
15. ROFFE, D., Domesday. *The Inquest and the Book*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 4. Disponible en: Domesday: The Inquest and the Book. David Roffe | The English Historical Review | Oxford Academic (oup.com)
16. Ireland, P. Capitalism without the capitalist: The joint stock company share and the emergence of the modern doctrine of separate corporate personality. *Journal of Legal History*, 17(1), 41–73. (1996) Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01440369608531144>
17. Gerardo Aguirre-Gas, H. (Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. 2008). In *Cir Ciruj* (Vol. 76). Disponible en: Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica (medigraphic.com)
18. Secretaría Central de ISO. NORMA INTERNACIONAL Traducción oficial Official translation Traduction officielle. (2018). Disponible en: (<https://www.cecep.edu.co/documentos/calidad/norma-iso-19011-2018.pdf>)
19. Mark, Joshua J.. "El Código de Hammurabi." Traducido por Antonio Elduque. *World History Encyclopedia*. World History Encyclopedia, 24 jun 2021. Disponible en: El Código de Hammurabi - Enciclopedia de la Historia del Mundo (worldhistory.org)
20. Dorsey, B. M. Florence Nightingale: Her Crimean Fever and Chronic Illness. *Journal of Holistic Nursing*, 28(1), 38–53.(2010) Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0898010109356472>
21. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching. Bulletin No.4. Boston, Massachusetts: Updyke;1910. Disponible en: 12163926.pdf (nih.gov)
22. Garaycochea Cannon, V. AUDITORÍA MÉDICA. *Paediátrica* (Vol. 3). (2000). Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03_n1/pdf/auditoria_medica.pdf
23. Mason, A. The emergent role of clinical audit. *Clin Med*. Clinical Medicine. (2002). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12195852/>

24. Lembcke, Paul A. Evolution of the Medical Audit. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 199(8), 543. (1967). Disponible en: doi:10.1001/jama.1967.03120080077012
25. Joint Commission enterprise. The Joint Commission. 2023. Disponible en: A Trusted Partner in Patient Care | The Joint Commission
26. MEYERS, ROBERT y SLEE, VIRGIL N. Componentes básicos de la Auditoría Médica, Modern Hospital. Abr. 1956. Traducción de la Dra. Gabriela Venturini, Escuela de Salubridad, Universidad de Chile. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v9n3/art8.pdf>
27. García-Fabila, E. J., & de Revisión, A. Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica** Remembering Avedis Donabedian, three decades later, Quality of medical care (2018). (Vol. 6, Issue 1).
28. Frenk, J. (2000). In memoriam. Donabedian A. Evaluating physician competence. In Frenk J. Perspectives. Bull World Health Organ (Vol. 15, Issue 2).
29. Tutosaus Gómez, Juan David; Morán-Barrios, Jesús; Pérez Iglesias, Fernando. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. Educación Médica, (2017), S1575181317300700—. Disponible en: Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes | Educación Médica (elsevier.es)
30. Zavalaga, F. Auditoría médica en el primer nivel de atención. In Rev Med Hered (2000) (Vol. 11, Issue 3). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v11n3/v11n3ce2>
31. Viñas López, L., Costa Vilar, N., & Manzanera López, R. (2006). Modelo de acreditación sanitaria en Cataluña. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-modelo-acreditacion-sanitaria-cataluna-13091830>
32. ICONTEC Internacional. (n.d.). ISQua Acreditación en salud. Disponible en: ISQua - The International Society for Quality in Health Care
33. Ministerio de Seguridad. Panorama de la seguridad social brasileña. 2ª Ed. Brasilia: MPS, SPS, SPC, ACS. 2007. Disponible en: http://www.inss.gov.br/arquivos/office/3_090126-092058-729.pdf.

34. COFEN. Junta Federal de enfermería. Resolución 266 del 25 de octubre de 2001. Las características en las actividades del auditor enfermera. Brasilia; 2001.
35. MARTINS, Amanda Juliana Lopes.. Auditoría de enfermería de la Salud Pública atención de calidad. Revista Multidisciplinaria Científica Centro del Conocimiento. edición especial de la Salud. Año 02, Vol. 04. pp 96-113, noviembre de 2017. Disponible en: Auditoría de enfermería de la Salud Pública de la atención de calidad - Revista Científica (nucleodoconhecimento.com.br)
36. Marracino, Camilo, "Acreditación y Categorización de los Servicios de Salud", Los Servicios de Salud en Argentina-Instrumentos del Análisis y la Acción, 1era Edición, Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995, p.217.)
37. Asociación Argentina de Auditoría y Gestión Sanitaria. Disponible en: <https://www.sadamweb.com.ar/>
38. DECRETO 2309 DE 2002. (2002). Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>
39. NORMA INTERNACIONAL ISO 19011 de 2018. Official translation (2018). Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:19011:ed-3:v1:es>
40. Aguilá, S., David, B., & Merino, C. El informe de auditoría. Universitat Oberta de Catalunya. Disponible en: Auditoría, setembre 2010 (uoc.edu)
41. Duque, F. J. V., & Arias, J. A. T. Modelos de Auditoría Continua. Una Propuesta Taxonómica. Journal of Information Systems and Technology Management, 14(3), 463–481. (2017). Disponible en: <https://doi.org/10.4301/S1807-17752017000300010>
42. ÁLVAREZ TOSCANO, A. EL AUDITOR CONCURRENTE FRENTE AL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA, REVISIÓN INTEGRADORA 2015-2020. UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA. (2021). Disponib en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/4788/alvareztoscanoadriana-beltranzarursamia-polourangodani.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Isabu, E. MANUAL DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD. Instituto de Salud de Bucaramanga, Versión 1. Abril, 2020. Disponible en: Manual-de-Auditoria-de-la-Calidad-en-Salud-M-1400-03-V.1-2020.pdf (isabu.gov.co)

44. República de Colombia. MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005. (2005). Disponible en: <http://apolo.uniatlantico.edu.co/SIG/MECI-1000-2005.pdf>
45. NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000 2009 (2009). Disponible en: <https://www.ani.gov.co/sites/default/files/ntcgp1000-2009.pdf>
46. Ley-100-de-1993. República de Colombia. (1993) Disponible en: Ley-100-de-1993-Gestor-Normativo (funcionpublica.gov.co)
47. DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006. Ministerio de Salud y Protección Social. 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
48. Circular Externa 030 de 2006. Superintendencia Nacional de Salud. 2006. Disponible en: Normograma SNS - Circular 30 de 2006 SNS (supersalud.gov.co)