

**El rol de la auditoría en cuentas médicas dentro de los
procesos de facturación del área administrativa del sector
salud en Colombia**

Santiago Osorno Pareja

Katherine Jiménez Botero

**Propuesta de trabajo de grado para optar al título de
profesional en Administración en Salud con énfasis en
Servicios de Salud**

Asesora

Liliana María Villa García

Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Medellín

2021

Tabla de contenido

1. Planteamiento del problema	5
1.1 Contextualización.....	5
1.2 Definición del problema	6
2. Justificación	8
3. Objetivos	9
3.1 Objetivo general.....	9
3.2 Objetivos específicos.....	9
4. Marcos de la monografía	10
4.1 Marco teórico.....	10
4.2 Marco referencial	20
4.3 Marco normativo.....	24
5. Metodología	27
5.1 Fase 1: Delimitación y planeación del proceso de búsqueda	27
5.1.1 Bases de datos para búsqueda documental:	27
5.2 Fase 2: Búsqueda y selección documental:.....	27
5.2.1 Estrategias de búsqueda.	28
5.2.2 Selección documental	28
5.3 Fase 3: Análisis	28
6. Discusión monográfica	30
7. Conclusiones.....	32
8. Consideraciones éticas.....	34
9. Aspectos administrativos	36
10. Referencias.....	38

Glosario

Auditoría: La auditoría es un proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normas generalmente aceptadas.

Auditoría de cuentas médicas: Es la apreciación sistemática de la facturación de servicios de salud que llevan a cabo los auditores médicos, su objetivo por una parte es identificar y solucionar inconformidades en el desarrollo de los contratos celebrados por las entidades responsables de la atención de los usuarios, como son Entidad Promotora de Salud, Administradora de Riesgos Laborales, Direcciones Territoriales de Salud, Direcciones Locales de salud prepagadas y usuarios con capacidad de pago.

Cuentas médicas: Es la valoración sistemática de la facturación de servicios de salud que se prestan por los profesionales de la salud (auditores médicos) con el objetivo fundamental de identificar y solucionar anomalías e irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados.

Factura: Es un documento legal que refleja y plasma la operación de un servicio que se les presta a los usuarios o personas determinadas. Además, es el documento que representa y da el soporte legal de cobro de un prestador de servicios de salud a una entidad responsable del pago por venta de bienes o servicios suministrados o prestados por el prestador que debe cumplir los requisitos exigidos dando cuenta de la transacción efectuada.

Glosa: Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la ERP durante la revisión integral que requiere ser resuelta por la IPS. Otra definición que podemos encontrar sobre glosas es que son una objeción a las peticiones presentadas por los prestadores de servicios de salud, que surgen en las inconsistencias o deficiencias que se descubrieron en la revisión de los formularios, anexos técnicos y sus soportes correspondientes.

(ERP) Entidad Responsable de Pago.

(ARL) Aseguradora de Riesgos Laborales.

(IPS) Institución Prestadora de Servicios de Salud.

(RIPS) Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

(SOGC) Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

(EPS) Entidad Promotora de Servicios de Salud.

(SGSSS) Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(EAPB) Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios.

(ECAES) Exámenes de Calidad de la Educación Superior.

(PBS) Plan de Beneficios en Salud.

(PIC) Plan de Intervenciones Colectivas

(SGSSI) Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud.

(SOAT) Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito.

(ADRES) Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(BDUA) Base de datos de aportantes y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(UPC) Unidad de Pago por Capitación

(CUPS) Clasificación Única de Procedimientos en Salud

1. Planteamiento del problema

1.1 Contextualización.

La administración debe ser considerada como un conjunto de principios y técnicas que configuran una teoría, ciencia o un arte que el hombre aplica en los procesos para lograr satisfacer sus necesidades tanto espirituales, sociales, culturales y materiales. En épocas anteriores a la revolución industrial no existía como una profesión ni un campo del saber en sentido moderno, en ese entonces solo se desarrollaba distintas series de prácticas para el manejo de los recursos con los que se contaban para resolver la supervivencia y el bienestar de una población u organización. (1)

Administrar consiste en realizar actividades previamente planeadas, estas nunca pueden ser al azar, tienen un propósito implicando directamente al individuo y a la organización. Si estos unen sus esfuerzos se pueden lograr los resultados deseados, la administración no existiría sin las instituciones, sin la integración de los diferentes individuos que existen dentro de ella, aunque si bien la administración puede aplicarse en todo tipo de empresa sin importar su tamaño, los matices de esta cambian dependiendo de la situación y el tipo de institución, esto porque cada una tiene su propia personalidad. En cada institución existen diferentes desafíos, el administrador debe inspirar constantemente a los empleados a cumplir las metas y a realizar sus labores de una manera exitosa. Administrar es un proceso complejo por esto se requiere la interacción de diferentes áreas del conocimiento lo que ayuda a que el proceso sea mucho más eficaz. (2)

Un administrador debe estar capacitado para enfrentar los desafíos que se le presenten en el transcurso del tiempo, siempre deben buscar opciones correctas y nunca deben optar por las soluciones fáciles pues casi siempre estas resultan siendo poco efectivas, las personas deben adquirir constantemente nuevos conocimientos y destrezas para que logren ser competitivos dentro del mercado. (2)

La administración se lleva a cabo mediante el proceso de coordinar, planear, dirigir, organizar y controlar. El control según Ferreti en el 2015 sirve para preservar la existencia de las instituciones y apoyar a su crecimiento, además de su desarrollo con los controles logrando proteger los activos y orientar los objetivos institucionales. (3)

La auditoría en salud es considerada una herramienta indispensable para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, verificando los diferentes procesos relacionados indirectamente con la atención en salud. Según el Decreto 1011 de 2006 define auditoría como “El mecanismo sistemático continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios” (4)

El control interno es una herramienta que permite identificar factores de riesgo en las áreas de la institución de esto surge la auditoría. En sus orígenes más antiguos se creó como una aplicación de los principios de contabilidad basada en la verificación de los registros patrimoniales, la existencia de este se reconoce desde la época de la civilización Sumeria y el pueblo Azteca, en esta etapa la auditoría es aquella en la cual se realizan las primeras revisiones o inspecciones a las instituciones que realizaban algún tipo de actividad comercial. (5)

La auditoría interna en la actualidad ha venido cambiando su alcance y objetivo, pasando de ser un órgano de control a un órgano consultor o staff de la dirección de las instituciones, jugando un papel determinante en el reforzamiento de la transparencia empresarial y el rol del auditor interno en la empresa se enfoca en evaluar el grado de exposición que tienen las instituciones y sus posibles efectos tanto positivos como negativos, teniendo un cumplimiento de controles establecidos o estandarizados por la misma organización y cifras financieras, gestionando así el manejo de sus recursos, actividades de soporte con información y asesorías responsables de esquemas de controles preventivos y cumplimiento tributario y demás actividades relacionadas. (3)

1.2 Definición del problema

Debido al hecho de que existen instituciones de auditoría interna existen algunos mecanismos de control que pueden comprender el estado actual de sus procesos y la veracidad de la información, pero su rol en el proceso de la cuenta médica no está claramente marcado como importante en la organización a lo largo de la historia de la evolución; de esta manera se puede determinar la eficiencia y efectividad del proceso y se pueden tomar medidas si no se alcanzan las metas y objetivos propuestos. Esto hace posible que la organización cree una brecha entre riesgo y control para lograr cumplir todas sus metas. (5)

El auditor apareció a finales del siglo XVIII en Inglaterra durante el reinado de Eduardo, uno de los avances más importantes se dio en el año 1845 en donde "Galway Companies Consolidation Act" estableció la obligación de una verificación anual que debía de ser realizada por los auditores, estos eran considerados "revisores de cuentas" ya que se enfocan en la verificación de registros contables y la prevención de posibles fraudes; es considerada herramienta clave para verificar que la información financiera, administrativa y operacional que se genera sea confiable, veraz y oportuna. Este es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlos de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios requeridos para este. Sus roles son de evolución continua según su historia, pero estos no son establecidos específicamente en los aprendizajes de cada uno de los profesionales en el momento de formación para la ejecución del mismo. (5)

La Auditoría permite realizar un diagnóstico de las condiciones que tiene la entidad en cuanto a la capacidad tecnológica, científica, suficiencia patrimonial, financiera y capacidad técnico – administrativa y a su vez establecer procesos de mejoramiento continuo para que la institución llegue a ser competitiva y les sea de gran ayuda a las personas que requieran del servicio ofrecido. La auditoría surge con la llegada de las actividades comerciales y la incapacidad de intervenir en los procesos productivos y comerciales, con esto se genera la necesidad de buscar personas capacitadas para supervisar, vigilar y controlar todo los procesos y actividades que estaban llevando a cabo los empleados dentro de una institución. Sus orígenes aún se ven vacíos por las especificaciones según leyes o normas vigentes para su ejecución o su evolución histórica identificada como pertinente para saber el debido ciclo que tuvo la auditoría en cuentas médicas al involucrarse en una institución. (5)

La importancia de un auditor en cuentas médicas dentro de una institución en los procesos administrativos y financieros marcan los servicios de qué manera van a ser encaminados para el mejoramiento continuo de los procesos, sin embargo, los roles establecidos por cada una de las instituciones prestadoras de salud varían y no se encuentran en una debida coherencia a nivel normativo e histórico vigente por lo tanto la presente monografía pretende identificar ¿Cuál es el rol de la auditoría en cuentas médicas en los procesos de facturación del área administrativa del sector salud en Colombia de acuerdo con la evolución histórica y la normatividad vigente que la regula?

2. Justificación

En esta monografía el problema se identificará aplicando conceptos teóricos, centrándose en la cantidad de información encontrada sobre el proceso de auditoría de cuentas médicas, considerándose esta como una herramienta muy importante para las entidades, para que logren prestar servicios de calidad, La revisión bibliográfica propuesta tiene como objetivo proporcionar definiciones y elementos que permitan identificar las necesidades existentes que tienen las EPS y las IPS, se explicara detalladamente como es este proceso dentro de las organizaciones.

Esto se realizará con el fin de llenar los vacíos encontrados, según el análisis de los diferentes documentos estudiados para la culminación del mismo documento describiendo, reflexionando, identificando y especificando cuales fueron los hallazgos encontrados que aporten información de interés.

La auditoría de cuentas médicas es un proceso importante para las instituciones que brindan servicios de salud. Allí, los usuarios internos, externos, pacientes, gerentes, administradores y personal de asistencia necesitan obtener información financiera de manera flexible, completa y clara para recolectar y cobrar el valor de los servicios prestados, así permitiendo tomar decisiones correctas de inversión y contratación, teniendo como objetivo es fortalecer el flujo de caja. (6)

Todo proceso en el campo de la salud debe realizarse de manera ordenada, logrando evitar algunos errores y brindar servicios de calidad. El sistema de salud está en constante cambio, lo que significa que la entidad está preparada para enfrentar cualquier tipo de desafío, uno de los procesos más importantes es la facturación, porque involucra contratación hospitalaria, ingreso y atención al usuario, calidad del servicio, gestión manual, tarifas y guías integrales; gestión de cartera, indicadores de gestión, centros de costos, auditorías de cuentas médicas; prestación de servicios (RIPS), sistemas de información y contabilidad. (7)

Actualmente, dada la cantidad de devoluciones e instrucciones que recibe la entidad responsable del pago, se requiere una revisión detallada de cada punto concreto de la cuenta, por lo que la auditoría se ha convertido en una parte fundamental, esta permite la evaluación sistemática del proceso de facturación bajo los parámetros de gestión soportados por cada IPS y factura de acuerdo con la normativa legal vigente. De esta forma, se garantiza la detección de errores, corrección y formación de admisión y facturación de este mismo, para asegurar una mejora continua. (5)

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar cuál es el rol de la auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación del área administrativa y financiera del sector salud en Colombia de acuerdo con la evolución histórica y la normatividad vigente que la regula.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Describir el desarrollo histórico de la administración y su relación con la auditoría en cuentas médicas en los procesos de facturación.

3.2.2 Reflexionar acerca de la evolución y el desarrollo de la auditoría en cuentas médicas en los procesos de facturación en el sector administrativo de la salud en Colombia.

3.2.3 Concluir los roles que han sido desarrollados en la auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación de la administración en salud en Colombia.

4. Marcos de la monografía

4.1 Marco teórico

La palabra auditoría proviene del inglés "Audit" que significa verificación o inspección. Es el proceso de acumular y evaluar evidencia cuantitativa de entidades económicas. En el campo de la salud se entiende como una evaluación sistemática del conocimiento en salud con el proceso y los resultados que es parte del SOGC - SGSSS. (8)

El proceso de auditoría de cuentas médica es uno de los procesos más importantes, tiene en cuenta la normativa y diferentes aspectos éticos para asegurar que los gastos médicos estén controlados y la prestación de los servicios médicos se racionalice de manera que se puedan tomar las decisiones adecuadas. Además de lograr sostenibilidad financiera y desarrollo de calidad. (9)

Este proceso existe desde hace muchos años, surgió con la necesidad de mejorar la calidad de los servicios prestados a todos los usuarios, tomando gran fuerza con la entrada en vigencia de la Ley 100 en 1993 que reglamentó el SGSSS y se fusionó con la Carta Magna. En esta ley la salud es considerada como un derecho público en el cual el estado coordina y controla la mayor parte de sus servicios públicos y privados evaluando el comportamiento, la entidad podrá brindar servicios integrales de manera abierta para que los usuarios puedan disfrutar de la mejor calidad de vida, así mismo según Jairo Restrepo de la Universidad de Antioquia, la ley 1122 de 2007 tiene como objetivo reformar el SGSSS con la esperanza de mejorar la prestación de servicios médicos, esta ley es una de las más importantes en el funcionamiento y operación de los sistemas de seguridad.(9) En esta se reforma la ley 100 de 1993, siendo considerada un conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones dirigidas de manera individual como colectiva, esta es supervisada por la rectoría del estado y es vigilado por el ministerio de protección social el cual supervisa el registro de la información epidemiológica para monitorear los resultados de salud de las entidades territoriales por medio del ADDRESS anteriormente llamado FOSYGA y el SGSSS, también siendo este el encargado de dirigir, supervisar y controlar todas las normas y protocolos para obtener un cumplimiento garantizado y así prestar un servicio de salud óptimo, pudiéndose evitar eventos adversos prevenibles y no prevenibles o eventos centinelas, basándose en unos ejes fundamentales los cuales son: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social, eje de acciones, información y nacionalización de subsidios en salud. (10)

Este decreto trajo consigo nuevas formas de contratación y estrategias de pago de los servicios ambulatorios y hospitalarios, establecieron los principales mecanismos de pago para la compra de servicios de salud, entre ellos: pago per cápita, pago por eventos, pago por casos y atención integral, después a este decreto se estableció

la Resolución 3047 de 2008, que conformó todos los formatos, mecanismos de prestación y procedimientos para concretar la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago. (9)

La auditoría tiene como objetivo básico identificar y resolver infracciones en el proceso de facturación debe tomar en cuenta el contrato firmado entre EAPB e IPS como punto de partida y revisar la historia clínica de los servicios de facturación, analizar y sugerir mejoras en tecnología, ciencia, humanos, técnicos, apoyo administrativo, financiero y logístico para realizar las correcciones necesarias, esta realiza funciones y actividades relacionadas con el aseguramiento de usuarios y gestión de recursos en las entidades aseguradoras y normativa en IPS para que puedan tomar acciones efectivas en la organización de contratos, reservas, facturación y procesos de cartera con el fin de lograr un nivel satisfactorio de calidad y maximizar la rentabilidad económica, para cumplir con las expectativas de obtención de ingresos efectivos por servicios. La auditoría de cuentas médicas responde fundamentalmente a la urgente necesidad de que EPS e IPS sepan qué está pasando en la salud y cómo reflejarlo en la factura teniendo un adecuado:

- El uso de los servicios.
- La idoneidad y aplicación del conocimiento técnico científico de los profesionales.
- La calidad de las historias clínicas y el acierto de sus diagnósticos y conductas.
- El uso y racionalidad de los medios de apoyo diagnósticos y terapéuticos
- Los costos reales de los servicios facturados.

Como también identificar qué está ocurriendo con los procesos de admisión, prestación, facturación y cartera, los problemas en estas áreas que afectan el recaudo oportuno y pertinente con el costo financiero que representa el atraso en el pago de una cuenta por uno o varios meses atribuibles a una glosa causada por algún problema en los aspectos señalados en estas. (11)

Las entidades responsables del pago según se define en el Decreto 4747 de 2007 son las IPS y EPS de acuerdo con este reglamento se determina las relaciones entre las partes implicadas, estas están reguladas a su cargo y sujetas a supervisión durante el proceso de auditoría. (12) Este decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos establecidos.

Los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud y los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

- ✓ Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está

constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

- ✓ Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- ✓ Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Algunos de los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades y para la prestación de servicios son los siguientes:

Por parte de los prestadores de servicios de salud:

- ✓ Habilitación de los servicios por prestar.
- ✓ Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
- ✓ Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
- ✓ Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

- ✓ Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- ✓ Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
- ✓ Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
- ✓ Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
- ✓ Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el sistema de información para la calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

- ✓ Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contra referencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

Las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

- ✓ Término de duración.
- ✓ Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
- ✓ Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- ✓ Servicios contratados.
- ✓ Mecanismos y forma pago.
- ✓ Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
- ✓ Proceso y operación del sistema de referencia y contra referencia.
- ✓ Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
- ✓ Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisión de cuentas.
- ✓ Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
- ✓ Mecanismos para la solución de conflictos.
- ✓ Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Para la codificación de procedimientos se utilizará la CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud. Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema. (13)

El proceso de facturación debe ser conformado de acuerdo con la Resolución 3047 de 2008 que define los formatos, los mecanismos de entrega y procedimientos a ser utilizados en la relación entre IPS y EPS. Los anexos más utilizados en el proceso de auditoría de cuentas médicas son: El Anexo 2 por el cual se da el informe de atención inicial de urgencias, el Anexo 3 con el que se hace la solicitud para autorización de servicios de salud, Anexo 4 donde se da la autorización a los servicios de salud, Anexo 5 se encuentran todos los soportes que deben llevar las facturas, Anexo 6 Manual único de glosas, devoluciones y respuestas y el Anexo 8 donde está establecido la trazabilidad de la factura. (12)

Esta auditoría se ha dirigido a un sistema para asegurar la calidad de los servicios médicos, ha establecido un sistema financiero completo que discute la descentralización técnica, administrativa y financiera de las entidades médicas e

implementar un sistema de facturación y venta de servicios médicos en diferentes manuales tarifarios. Con la ayuda de diferentes modalidades de venta por contrato de servicios de salud, los auditores encargados de realizar esta actividad deben tener un conocimiento completo de las auditorías médicas de alta calidad, y administrar adecuadamente las facturas y las diferentes cuentas de salud, aplicar el manual de cobro y las regulaciones vigentes del SGSSS, todo esto para evitar objeciones, el propósito es reducir costos médicos y evitar que la entidades responsables del pago cancelen los servicios médicos. (14)

El término auditoría médica ha ido cogiendo fuerza con el pasar del tiempo, consigo ha traído varias visiones de lo que esta constituye como lo son:

- ✓ Auditoría Clínica vista como una actividad predominante, comprometida con la calidad del servicio.
- ✓ Auditoría clínica vista como una actividad multi profesional 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. (10)

El ADRES entregará a las EPS receptoras los resultados de las auditorías realizadas con la información actualizada y registrada en BDUA, la cual será revisada y ajustada por las entidades destinadas dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las EPS receptoras no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de las UPC.

El giro de la UPC a las EPS será realizado en proporción al número de días en que tuvieron a su cargo los afiliados durante el mes en que se haga efectiva la asignación. Para el efecto, el ADRES ajustará sus procesos con el fin de garantizar el reconocimiento proporcional de los recursos que serán girados a las EPS. (15)

Las entidades, dependencias y programas de medicina prepagada estarán obligadas a establecer métodos selectivos de auditoría médica sobre aspectos tales como la gestión médica, la pertinencia de los insumos utilizados por las personas naturales o jurídicas internas o adscritas que presten servicios asistenciales en su nombre y en los procesos de facturación, utilizando para el efecto todos los documentos relacionados con el proceso de atención como la historia clínica, la hoja quirúrgica y demás información, contando para este con la autorización del beneficiario de los servicios, la cual se podrá obtener en forma anticipada dentro de los contratos respectivos. (15)

Las entidades, programas o dependencias podrán desarrollar internamente métodos de auditoría médica o contratar con firmas especializadas, previamente calificadas e inscritas en la superintendencia nacional de salud. El programa interno

se deberá informar a la superintendencia nacional de salud. La auditoría esta para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Siendo 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. La calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y los colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (15)

Los programas de auditoría deberán 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 serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las IPS 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. (15)

Debe entenderse que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud incluye el concepto de auditoría médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan. (15)

Las entidades municipales de salud. en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la atención de salud a los prestadores de servicios de salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada. (15)

La 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. 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. La auditoría externa. Es 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, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán

desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- ✓ 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 la misma.
- ✓ 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.
- ✓ 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. (15)

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

- ✓ EAPB. Estas entidades 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.
- ✓ IPS. Estas instituciones 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 las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales 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.
- ✓ Entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las IPS, 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. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con

subsidios a la demanda, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán adoptar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. (15)

Las EAPB establecerán 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 contra referencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados.
- ✓ 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. (15)

El proceso de cuentas médicas consta en la revisión de las facturas generadas por el proveedor del servicio durante la provisión del mismo, esta revisión se puede dar de tres formas tomando en tiempo como criterios de clasificación: Revisión concurrente del estado de cuenta, es decir pre-facturación, revisión concurrente de la facturación en pre-radicación y la revisión retrospectiva de la facturación ya radicada en entidad responsable del pago, surgiendo de la preocupación que genera poder ofrecer un servicio con cero errores donde la satisfacción del cliente tanto externo como interno sea total, reduciendo costos y con racionalidad técnico científica, conforme a la gran reforma que trajo consigo al sector salud la ley 100 de 1993 donde la auditoría médica es obligatoria, este proceso que tiene como fin edificar la calidad de los servicios de salud, la auditoría se ejecutan en fases como la validación de RIPS Resolución 3374 / 2000 y la 0951/2002, por el cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios prestados, Revisión técnica (Requisitos de Factura), Revisión Administrativa (Evidencia de Soporte Documental, Codificación de Prestación, Tarifas y Frecuencias). (14)

Todo lo anteriormente mencionado tiene por objeto reglamentar el saneamiento de cuentas por recobros cuando se presenten divergencias recurrentes generadas por las glosas aplicadas en la auditoría integral a los recobros presentados por las entidades recobrantes ante el ADRES. Este efectuará el giro previo a la auditoría integral a favor de las entidades recobrantes de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios con cargo a la UPC, en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. El ADRES podrá implementar el mecanismo de pago previo para las reclamaciones que se presenten por primera vez y no tengan resultados de auditoría. El ministerio de salud y protección social definirá los criterios técnicos necesarios y la metodología de cálculo del mencionado pago. (15)

Es importante mencionar la Resolución 3374 del 2000 que fue creada con el fin de que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud generen los datos propios del servicio prestado desde la facturación, siguiendo con cada una de las especificaciones técnicas ya pactados, este documento empezó a regir desde el primero de abril del 2001 los RIPS es de gran ayuda para soportar el valor cobrado por los servicios de salud prestados a las personas ante la entidad pagadora de los servicios de salud, informar sobre actividades de salud prestadas en las modalidades de contratación por paquete, per cápita o servicios integrales, conocer el perfil de salud de la población que atienden las causas que generan la demanda de servicios y las intervenciones de salud que se hacen para prevenir, curar o controlar las enfermedades, entre otras. Algunos de los propósitos de esta resolución es mitigar la carga de trabajo de gestión de proveedores y entidades en la organización que brinda el servicio, unificar y estandarizar la fuente, estructura y proceso de datos, diferentes participantes en los sistemas de salud y seguridad social, hacer más ágil la comparación sobre las prestaciones de salud, este proceso está conformado por cuatro clases de datos diferentes, los cuales son: Datos de identificación, datos de servicios, datos de motivo de la atención, datos del valor, estos varían según el servicio de salud registrado (16) posterior a esta se crea la Resolución 0951 de 2002 por el cual se fijan algunos lineamientos en la relación con los registros individuales de prestación en servicios de salud. (17)

Con la Carta Magna del 91 y a raíz de la llegada de la ley 100 de 1993 nace la descentralización de las instituciones de salud pública, la constitución política de Colombia de 1991 fue la primera gestora en el proceso de facturación para la salud, en su ART 49 dice “ Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad” este concepto se retoma en la ley 100 de 1993 diciendo que “ Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera” en su parágrafo dice que “Toda institución prestadora de servicios de salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos”. El proceso de facturación por venta de servicios de salud es proceso antiguo dentro del sector para las instituciones privadas, el SOAT dio pie a la facturación en las instituciones públicas (18) en esta ley también crea el SGSSI, el cual genera un cobro establecido por ley bajo resolución 3047 de 2008 donde se definen los diferentes formatos, de acá surge la denominación de cuentas médicas la cual es equivalente a la factura de venta. (19)

Un tema muy importante en este proceso de auditoría son las glosas que son consideradas como “ Una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud” que según la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 57 indica que “Las entidades responsables de pago tendrán veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con sus respectivos soportes, formularán y presentarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, el prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por

las entidades encargadas del pago dentro los quince 15 días siguientes, indicando la aceptación, justificación o no aceptación de esta, la entidad responsable del pago tendrá diez 10 días hábiles para la recepción de la respuesta, puesta decidirá si levanta total, o parcialmente las glosas o por lo contrario las deja definitivas, si han pasado los quince 15 días hábiles el prestador de servicios de salud considera que las glosas son subsanables tendrá un plazo máximo de siete 7 días para subsanar las causas de las glosa no levantadas y enviar de nuevo las facturas a las entidades responsables del pago, los valores por las glosas levantadas total o parcial deberán ser canceladas durante un plazo de cinco 5 días hábiles siguientes a su levantamiento, Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley`. (20)

4.2 Marco referencial

Existen diferentes estudios, libros y revistas publicadas que arrojan información de coherencia pertinente con el estudio monográfico actual entre ellos nos arrojan diferentes tipos de conclusiones: Un libro de nombre auditoría del servicio nos dice que en lo que respecta a las auditorías de servicios, deben adquirir conocimientos para mejorar la calidad de los servicios prestados, así como la correspondiente relación entre planificación y ejecución, de igual forma se requiere de una mejora continua para incrementar la satisfacción del usuario y debe establecer una alta calidad organizativa de beneficio estándar en la organización. Este trabajo constituye a un análisis conceptual de la auditoría de los servicios de salud en Colombia y sus roles, este se ha convertido en un tema de preocupación y esto es muy importante considerando los aspectos legales que conforman el sistema de salud colombiano y la exigencia de brindar servicios de calidad a todos los usuarios de las distintas entidades que brindan servicios a nivel nacional a través de documentos y procesos específicamente definidos. (21)

Actualmente en Colombia la auditoría se ha convertido en un término ampliamente utilizado que se refiere a un mecanismo sistemático y continuo para evaluar y mejorar la calidad observada en relación con la calidad esperada de la atención de salud recibida por los usuarios, con el fin de mejorar gradualmente la prestación de la calidad de los servicios médicos en el cuidado de la salud. Aunque en la salud es un término relativamente nuevo existe evidencia de que, en tiempos lejanos, los gobernantes usaban la auditoría para registrar las cuentas y así controlar la economía de su residencia. Todo esto es para evitar la malversación de fondos públicos, posteriormente con el desarrollo del comercio fue necesario fortalecer el control de las actividades económicas de las organizaciones con los mismos fines que los gobernantes. Según la Ley de Sociedades Anónimas Británicas de 1862 la auditoría fue una profesión desde 1862 hasta 1905, la profesión de auditoría se desarrolló en Inglaterra y se introdujo en los Estados Unidos alrededor de 1900. En Inglaterra la atención se ha centrado siempre en el fraude como principal objetivo de las auditorías, el objetivo principal de estos estudios es detectar y prevenir fraudes y errores en la gestión financiera de la organización, en segundo lugar, el objetivo más importante de la auditoría es asegurar el estado financiero de la organización con la detección y prevención del fraude como trasfondo. Este cambio en los objetivos de auditoría continuó evolucionando hasta alrededor de 1940 y no estuvo exento de oposición, en este caso ya existe un cierto grado de consenso de que los auditores pueden y no deben participar principalmente en la detección de fraudes. (4)

El libro llamado desarrollo de la auditoría en salud en Colombia en los últimos 10 años realizado por Isabel Cristina Gómez Narváez, Diana Milena Rodríguez Núñez, Diana Patricia Cárdenas Valderrama; esta data que es importante considerar definiciones que son generalmente aceptadas en la actualidad, pero estas

definiciones no solo difieren significativamente en las tareas realizadas, sino que también muestran los resultados esperados en términos de prestación de servicios. Por lo tanto, la auditoría es una de las estrategias más relevantes para que los proveedores de servicios médicos logren sus objetivos, metas y liderazgo en la prestación de servicios médicos de calidad en un camino difícil. En otras palabras, la auditoría debe ser considerada como el pilar básico para dar respuesta a la problemática actual del sector salud, no solo es un aspecto correctivo, sino también una herramienta valiosa en la prevención y crecimiento de la organización, porque si se adopta la auditoría continúa el proceso se reducirá la posibilidad de cometer errores, mejorando así la prestación de los servicios de salud. (22)

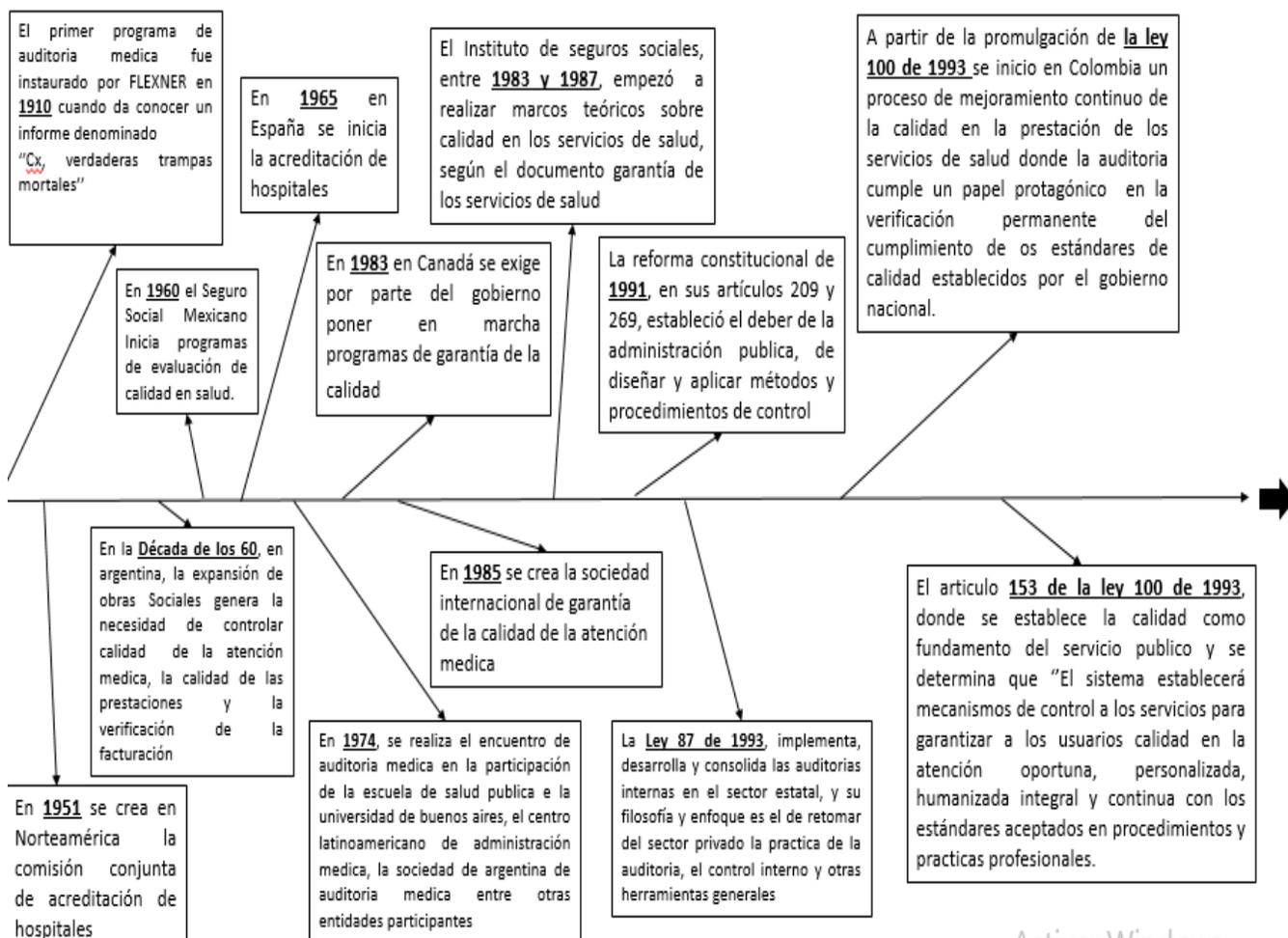
Cabe señalar que en paralelo con el crecimiento de la auditoría independiente en los Estados Unidos se desarrolló la auditoría interna y la auditoría del gobierno, que ingresó parte del campo de la auditoría ya que los auditores independientes advirtieron la importancia de un buen alcance de las pruebas que se llevarán a cabo en una auditoría independiente, fueron simpatizantes del crecimiento de los departamentos de auditoría dentro de las organizaciones del cliente, lo que sería responsable del desarrollo y el mantenimiento de los buenos procedimientos de control interno independientemente del departamento de Gobierno, progresivamente las organizaciones han adoptado la expansión de las actividades del Departamento de Auditoría Interna hacia áreas que están más allá del alcance de los sistemas contables que responden al complejo. El proceso de salud y la importancia de unir esfuerzos para garantizar la prestación de servicios adecuadamente y la generación de las malas intenciones de manera oportuna para garantizar la sostenibilidad de las entidades en el sistema de salud. (4)

El libro de nombre: facturación y auditoría de cuentas en salud realizado por Mauricio Leuro e Irsa Tatiana Oviedo expone que las actividades y procedimientos realizados a cada paciente IPS, teniendo en cuenta los suministros y medicamentos utilizados en cada uno de los servicios. Informe los ingresos con los que la institución ha sido financiada y envía la información necesaria para las diferentes áreas: Entidades de promotores de salud, administradores de planes subsidiados, compañías de seguros de Exámenes de Calidad de Educación Superior, etc. Colabora de esta manera a la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad de las IPS. Sus principales objetivos son mecanismos por los cuales la subvención de la solicitud es accesible, es decir la supervivencia económica se centra en la evaluación de los servicios prestados y la efectividad de la unidad de proveedor de servicios de salud, a su vez generar una factura para los servicios de salud proporcionados al paciente, para diseñar e implementar los instrumentos básicos para la captura de información de los diversos servicios teniendo en cuenta estos aranceles. La auditoría en cuentas médicas es uno de los procesos más importantes y priorizados para garantizar el control de los gastos médicos y la racionalización en uso y relevancia en la prestación de servicios de salud, trabajo regulatorio, ético y administrativo para una decisión correcta que realice un desarrollo inigualable con la calidad y la sostenibilidad financiera para mantenimiento del mercado. (18)

Mabel Yolanda Seratto en 2001 realiza una revisión de los principales antecedentes de la auditoría en salud, datando que la auditoría nació con la misma profesión médica debido a la necesidad de evaluar y mejorar cada vez los procedimientos y técnicas establecidas para dar solución a los problemas de salud del ser humano. Se puede decir que la auditoría médica tiene dos orígenes uno es el método científico que permita a los profesionales determinar la calidad de los medicamentos técnicos, procedimientos realizados y el modelo de la actividad industrial, como la gestión de la calidad total o el mejoramiento continuo de la calidad los cuales permitían mejorar cada vez la administración de las instituciones de salud. Los médicos norteamericanos comenzaron a utilizar estos modelos en los años 1980 y se continúan desarrollando cada vez más. (4)

Por otro lado, se tiene información de reportes sobre calidad desde mediados del siglo XIX cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica de Gran Bretaña, por esto y mucho más es necesario y de prioridad la realización de una línea del tiempo en la cual se muestren los resultados que ha tenido la auditoría en cuentas médicas desde sus inicios hasta aproximados de la actualidad:

Figura 1. Línea de tiempo



Fuente: Construcción propia, a partir de la observación del proceso

El libro llamado la auditoría y su control de calidad, una mirada desde las normas de aseguramiento de la información en Colombia menciona que en Colombia con la Ley 1314 del 2009 comenzó el proceso de convergencia a las normas internacionales de contabilidad y garantía, en el compendio de este último se incluye la norma internacional de control de calidad (NICC1) que está buscando la mejora de las prácticas de auditoría dentro de un sistema homogéneo. El presente libro indica que busca analizar el estándar y el cumplimiento del control de calidad sobre el ejercicio de la auditoría en el contexto colombiano, así como la identificación de los requisitos y la figura que ejerce su vigilancia por otro lado los aspectos relevantes se incluyen para tener en cuenta el trabajo de la auditoría, el papel que cumple con el auditor y su escenario futuro en el contexto local. (23)

4.3 Marco normativo

La década de los 90 trajo consigo una serie de cambios en la normatividad de Colombia, el neoliberalismo influyo en gran medida la tendencia económica mundial, de esto surge una nueva constitución política en el año 1991, esta indica que “La Organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será en forma descentralizada”. Varios sectores se transformaron dentro de ellos está el sector salud, que mediante la creación de la **Ley 100 de 1993** se cambia el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, este trajo transformaciones significativas en todo el sistema, este tiene como objetivo la creación del Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud (SGSSI) su finalidad es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población al servicio en todos los niveles de atención, dividiendo los servicios de salud en 2 categorías: Los servicios individuales que el cotizante o beneficiario tiene derecho a recibir como el plan obligatorio (POS). Los servicios en salud públicos o plan de atención básico (PAB). Se enfoca al control de factores de riesgo. (24)

Durante el mismo año de implementación de la ley 100 surge la ley 80 la cual fue concebida con el objetivo de convertirse en el marco normativo donde se disponen las reglas y principios que dirigen la actividad de la contratación de las entidades estatales, este ayuda a los temas de contratación de las entidades públicas. (25) Como resultado de todos estos cambios surge el cobro de los servicios prestados en salud, el **Decreto 2423 de 1996** determina la nomenclatura de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario conocido como SOAT y sus valores estipulados. (26) Todas las entidades deben de tener unos datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados RIPS esto se reglamentan con la **Resolución 3374 2000** (27)

Resolución 951 de 2002: Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS. (28)

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (29)

En el año 2007 después de 15 años de la aparición de la ley 100 de 1993 surge la **Ley 1122 de 2007** esta reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud trae consigo la comisión de regulación de salud, asegurando la cobertura universal en los estratos 1,2, y 3 entre otras cosas. (10)

Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones como lo son:

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago las facturas con los soportes que de acuerdo con el mecanismo de pago establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social (13)

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación y codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (13)

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro de conformidad con lo establecido en el **Artículo 7°** del Decreto Ley 1281 de 2002. En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores, de no presentarse cobros posteriores la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador. (13)

Artículo 25. Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura. (13)

Resolución 3047 de 2008 Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios. (30).

Artículo 21: Los soportes de las facturas de que trata el artículo 21 del Decreto 4747 de 2007 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, serán como máximo los definidos en el Anexo Técnico No. 5 que hace parte integral de la presente resolución. (30)

Ley 1438 de 2011 fortalece el Sistema de Seguridad Social en Salud, con la estrategia de la atención primaria en salud, Orienta a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos siendo el eje central y el bienestar de los usuarios, aspectos principales: Niños y adolescentes tendrán atención preferencial y menores con discapacidad o enfermedades Catastróficas, acceso a los servicios de salud solo presentando la C.C desaparecen los planes parciales de beneficio y

se amplían los planes voluntarios diferentes al POS, también se define el trámite de glosas (20)

Ley 1751 de 2015: Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. (31)

Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (15)

Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (32).

5. Metodología

Para obtener la información de esta monografía se seleccionaron distintos métodos y técnicas que permitieron obtener la información con el objetivo de sistematizarlos, ponerlos de manifiesto para así descubrir y analizar la finalidad del estudio. Trata de una monografía descriptiva - analítica que se construyó a partir de la observación documental, esta técnica constituye un punto de partida en el análisis de las fuentes documentales. Mediante las lecturas generales se inició la búsqueda y observación de hechos presentes en los materiales consultados, el objetivo es captar planteamientos esenciales y lógicos que contribuyeron a la idea principal del trabajo donde se detalló el rol de la auditoría en cuentas médicas dentro de los procesos de facturación del sector salud en Colombia. Definido el tema y sabiendo el para qué se buscó esta información, se realizó una base datos donde se registró cada uno de los documentos seleccionados para leer, analizar y sacar las conclusiones pertinentes para el propósito de la monografía, esto se desarrolló de acuerdo al cumplimiento cronológico de los objetivos específicos los cuales se realizaron por medio de 3 fases distribuidas de la siguiente manera:

5.1 Fase 1: Delimitación y planeación del proceso de búsqueda

Se realizó una búsqueda de artículos publicados nacionales e internacionales que abordan la temática del desarrollo histórico de la administración y su relación con la auditoría en cuentas médicas en el área de facturación, utilizando documentos tipo literatura gris que abordan la temática del presente trabajo con publicaciones en revistas no indexadas, páginas web y blogs de salud, se dio una lectura crítica en la que los investigadores de la monografía sacaron las conclusiones de la misma y se realizó un conversatorio entre ambos para las ideas extraídas de cada lectura realizada, lo cual permitió la realización de una extracción de información más precisa con veracidad de temas específicos que estén relacionados directamente con la monografía basados en las ideas conjuntas del equipo de trabajo, una vez seleccionadas las investigaciones con mayor relevancia fueron elegidas por ambos investigadores se revisaron las conclusiones y datos arrojados como resultados para la ejecución y tratamiento de los datos.

5.1.1 Bases de datos para búsqueda documental:

Google académico, Public library of science (PLUS) PubMed, EBSCO, BIREME (BVS) SCIELO, la referencia REDALYC, entre otros.

5.2 Fase 2: Búsqueda y selección documental:

Poniendo en práctica cada una de las estrategias y criterios predefinidos para la búsqueda se siguió de manera consecutiva la selección de los artículos y

documentos identificando su pertinencia y relevancia posteriormente realizando una revisión rápida llevándose a cabo de la siguiente manera:

5.2.1 Estrategias de búsqueda.

Una vez que se utilizaron las estrategias de búsqueda en las bases de datos establecidos anteriormente los documentos se exportan y se guardarán en el computador de cada uno de los investigadores de la presente monografía y posteriormente se van a registrar en una base de datos realizada en Excel con un pequeño resumen de cada uno y con sus respectivas referencias.

5.2.2 Selección documental

La base de datos de Excel fue compartida en drive teniendo acceso ambos estudiantes implicados en el estudio de la monografía teniendo la posibilidad de realizar una observación de títulos y resúmenes por cada uno de los documentos y así se revisó la pertinencia y la relevancia que se encuentran allí según criterios de inclusión. Con el drive se permite que no se cruce documentos entre los estudiantes ni se repita información. Se incluyeron los documentos y/o publicaciones que cuentan con la información pertinente para el estudio, esta pertinencia fue evaluada por los dos estudiantes después de hacer una lectura e identificar si la información si es de interés para la monografía.

5.3 Fase 3: Análisis

El proceso de análisis demanda una revisión y evaluación exhaustiva de cada documento seleccionado para el estudio, en esta fase cada uno de los estudiantes tuvo lectura de una manera clara y detallada de cada uno de los documentos previamente seleccionados, dividiéndolos por una misma cantidad para cada uno de los investigadores de la monografía y así realizar un análisis final de los mismos. Respecto a lo analizado las señaladas conclusiones y la reflexión realizada por los investigadores se identificaron cuáles han sido los lineamientos claves que tuvo la auditoría en cuentas médicas en el área de facturación para articularse con la administración en las áreas de salud.

Palabras claves:

- Administración
- Auditoría
- Salud
- Auditoría administrativa
- Cuentas médicas

- Facturación en salud
- Normatividad en procesos administrativos
- Normatividad en procesos de auditoría
- Normatividad en procesos de auditoría administrativa
- Calidad en salud

6. Discusión monográfica

El proceso de auditoría y facturación en salud es un proceso indispensable para todas las instituciones que brindan servicios de salud, los hechos de su buena implementación permiten dar cumplimiento con las regulaciones y cumplir con los parámetros prescritos, los requisitos de la entidad responsable del pago garantizarán el flujo de caja de la empresa para que se desarrolle de manera positiva y a su vez la situación financiera.

Uno de los principales obstáculos en la organización del sector salud es la carencia de métodos, procesos y procedimientos de registro y actualización, además su falta de no permitir que los documentos tengan memoria organizativa, esto aumentó la importancia de tomar el proceso contable como un eje para mantener una base de ingresos económicos estables, lo que a su vez mejora la calidad en procedimientos administrativos y sanitarios, por otro lado la oportunidad y calidad del proceso en la factura de la empresa se entiende como la presentación de la factura dentro del límite de tiempo especificado según lo definido en el artículo 57 de la ley 1438, donde se determina la trazabilidad de la factura, y de acuerdo con los requisitos del contratante; estos desempeñan un papel importante en el proceso de gestión financiera. Para las IPS este es un problema particularmente sensible debido a la forma en que se firma el contrato con las EPS, ARL, empresa Medicina prepaga y regímenes especiales.

En este sentido, es una necesidad auditar las cuentas médicas, minimizando los errores, la revisión médica correcta pueden mejorar significativamente la calidad de los servicios de salud y la solvencia económica de las IPS, porque de principio a fin estas áreas dan críticas y proponen soluciones que sean beneficiosas tanto para los profesionales de la salud como para el paciente, en segundo lugar, puede mejorar la calidad de la práctica médica y de enfermería, minimizar la ocurrencia de eventos adversos en salud.

La situación es similar a lo que dijeron Martínez y Oviedo (2016) la auditoría de facturas de ventas y cuentas médicas de servicios de salud es un proceso importante en una organización que brinda servicios de salud, por ahí usuarios internos y externos, incluidos pacientes, gerentes, empleados personal administrativo y los asistenciales requieren información financiera ágil, completa y clara para así recopilar y cobrar el valor de los servicios prestados y con esto tomar las decisiones de inversión correctas y el contratar nuevos recursos.

Dentro de esta revisión bibliográfica se citaron varias normas en salud, que intervienen y es de obligatorio cumplimiento en el proceso de cuentas médicas, las IPS viven momentos críticos que afecta directamente la solvencia económica, de cuenta de las glosas que realiza las diferentes EPS, por esta razón las instituciones deben garantizar el proceso de auditoría y contar con personal que cumpla con las competencias para realizar esta actividad. Esta revisión que se realiza a las facturas que presenta las diferentes EPS, debe contar con todos los requisitos exigidos por

norma, algunas instituciones carecen de un proceso establecido y desconocen los tiempos de la trazabilidad de la factura, lo cual conlleva que mucha de las glosas se reitere y se lleven al proceso conciliatorio, que se dilata en el tiempo, afectando principalmente las finanzas de las IPS. Algunas administraciones no le dan la importancia que debe tener este proceso, ya que contratan personal sin la idoneidad del cargo, no evalúan mensualmente los indicadores de glosas y cuáles son sus principales causas, para tratar de minimizar el porcentaje y así evitar que los recursos de las facturas emitidas queden en vueltas o en problemas administrativos a causa de las inconformidades detectadas en la revisión de las facturas como parte del proceso de la auditoría de cuentas médicas.

7. Conclusiones

A la luz de los acontecimientos que rigen el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, es de vital importancia para los prestadores de servicios de salud en general contar con los procesos de facturación y cuentas médicas, ya que son pilares fundamentales de la administración en salud del día de hoy con el fin de evitar grandes pérdidas de los recursos por diferentes vías como la no oportunidad de radicación de facturas, respuesta a glosas dentro de los términos de la norma, la falta de conciliación entre los servicios prestados y los cobrados y por la interposición de glosas u objeciones al pago por parte de los responsables, teniendo en cuenta lo anterior los diferentes roles que han surgido durante la evolución y el desarrollo del proceso del área de cuentas médicas que toma fuerza a raíz de la Ley 100 del año 1993, donde salen diferentes actores para el sistema de seguridad social de salud en Colombia, creando autonomía e independencia y siendo auto sostenibles con la venta de servicios a través de vía facturación, utilizando para esta las herramientas de los manuales tarifarios, obligando las instituciones a crear procesos eficientes para la correcta facturación.(24) Luego en el año 2006 con la entrada en vigencia del decreto 1011 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” donde establecen cuatro componentes fundamentales tres de los cuáles son de obligatorio cumplimiento, tiene como objetivo proveer de servicios de salud con calidad a los usuarios y proveedores de esta a partir de los atributos de calidad establecidos en esta norma. (29)

La Ley 1122 del año 2007, fue la primera reforma del sistema general de seguridad social en Colombia después de la ley 100 del año 1993, su objetivo era buscar el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud. (10) Más adelante esta ley trae consigo el Decreto del año 2007, donde se establecen el relacionamiento entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades responsables de pago, con esta norma se establecieron condiciones a través de anexos técnicos de la Resolución 3047 del 2008 para los procedimientos desde la admisión del paciente trazabilidad de la factura hasta su respectivo pago. Estas normas son determinantes para establecer procesos eficientes en el área de cuentas médicas se establecen condiciones desde los tiempos de presentación de la factura, soportes que la deben acompañar, codificación de las glosas generadas por las entidades responsables de pago y los tiempos de respuesta de las mismas. (13) Luego aparece la segunda reforma de la seguridad social en Colombia Ley 1438 del año 2011 en su Artículo 57, recorta los tiempos en el proceso de auditoría de las cuentas médicas mejorando el flujo de recursos para las instituciones prestadoras de servicios de salud. (20)

El proceso de revisión de cuentas médicas desde el desempeño de sus funciones se convierte en el eje básico para realizar facturas correctas en materia de salud, siendo el auditor encargado el responsable de la auditoría interna de la organización, haciendo una revisión detallada de todos los procedimientos,

materiales o insumos que fueron implementados durante la prestación del servicio al paciente, por esto es fundamental indicar que las principales estrategias para este proceso de cuentas medicas dentro de la auditoría es que nunca se debe asumir que la cuenta no debe ser auditada simplemente para agilizar el proceso de facturación, contrario a esto los profesionales de la salud debe tomar la iniciativa de verificar que se hayan presentado todos los documentos necesarios para realizar una "pre-auditoría" y así encontrar discrepancias o irregularidades que pueden dar lugar a un pico brillante. Asimismo, deben contar con herramientas tecnológicas que ayuden a agilizar el proceso sin pasar por alto el rigor y eficacia de cada uno de los procesos establecidos. (21)

La auditoría de cuentas médicas en los procesos de facturación tiene como finalidad pasar la factura y todos los documentos equivalentes a esta por un punto de vista administrativo, medico, técnico y jurídico, así teniendo una rigurosa revisión para que se vaya con mínimas irregularidades y así lograr evitar el riesgo de glosa, con esto es posible lograr obtener el mejoramiento de todos los procesos, así pudiéndose lograr con más facilidad conseguir los resultados esperados y optimizar los recursos financieros.(21)

8. Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Resolución 8430 de 1993 y debido a que esta investigación se consideró como investigación con riesgo mínimo. Se considera que tiene un riesgo mínimo y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la misma este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Se realizará una consulta analítica únicamente en bases bibliográficas que sean de acceso público, al tratarse de una monografía no se va hacer uso de un consentimiento informado ya que no se vinculará como fuente de información a ningún individuo como fuente primario, solo en el caso de que en el proceso de recolección de información se llegase a encontrar un documento privado de relevancia para la investigación se gestionará con anterioridad a su revisión los permisos del autor o autores.

Algunos contratiempos que se pueden encontrar es el duplicado de información en dos o más archivos generando retrasos en los tiempos establecidos para este desarrollo monográfico, como solución a esto se generó una base en excel en la cual vamos a filtrar cada uno de los documentos e ir sacando su nivel de importancia en conclusiones y veracidad de información para la eficaz y efectiva productividad y así culminar el trabajo planteado en esta monografía.

Se considera que tiene un riesgo mínimo en:

Político: Los intereses de algunos actores participantes del estudio incluso de actores externos pueden afectar los resultados de la investigación o viceversa, los hallazgos de una investigación pueden representar impactos negativos para los participantes, instituciones, colectivos o comunidades según sus intereses.

Tecnológicos: Pérdida de información virtual como bases de datos, back ups, equipos de audio y video, así como la exposición a hurto de información exponiendo la integridad y seguridad de los participantes o equipo de investigación.

Institucionales: Cuando los hallazgos en la investigación pueden afectar el buen nombre de una institución, programa o comunidad.

Ninguna de las bases de datos se alterará, cada información utilizada y analizada será referenciada según normas Vancouver, el proceso de custodia para la información será guardada por 5 años en forma física y 10 años en forma virtual posterior a la realización de la investigación monográfica. No se tendrá ningún tipo de conflicto de intereses, ni políticos, ni beneficios económicos, ni beneficios laborales y tampoco se tendrá ningún tipo de parentesco con ninguno de los autores de los artículos utilizados para el desarrollo. Se tendrá en cuenta la Ley 1581 de 2012 en la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, también se tendrá en cuenta el derecho de acceso a la información: La

Ley 1712 de 2014 o de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional, política de integridad científica de Colombia COLCIENCIAS 2017. Los resultados encontrados analizados y tratados se darán con el mayor profesionalismo posible para su divulgación científica y se tendrán estrategias implementadas para dar a conocer los resultados de manera que no sean datos los cuales se vayan a transgiversar sus conclusiones entregadas.

9. Aspectos administrativos

PLAN DE ACCIÓN

Recolección de datos: Revisar las diferentes fuentes bibliográficas con información del tema de estudio

Se utilizarán Google académico, Public Library of Science (PLUS), PubMed, EBSCO, BIREME (BVS), SCIELO, La Referencia REDALYC como fuentes primarias para la búsqueda de datos poniendo en práctica las estrategias mencionadas:

1) Los documentos se exportan y se guardarán en el computador de cada uno de los investigadores de la presente monografía y posteriormente se van a registrar en una base de datos realizada en excel con un pequeño resumen de cada uno y con sus respectivas referencias.

Elaboración de una base de datos: Construcción de un documento excel en el que se plasmará el resumen de cada uno de los documentos utilizados para la monografía.

1) La base de datos de Excel será compartida en drive teniendo acceso ambos estudiantes implicados en el estudio de la monografía, teniendo la posibilidad de realizar una observación de títulos y resúmenes por cada uno de los documentos.

Procedimientos y análisis de datos.

1) Cada uno de los estudiantes leerá de una manera clara y detallada cada uno de los documentos previamente seleccionados, dividiendo por una misma cantidad de documentos para cada uno de los investigadores de la monografía.

Clasificar y analizar cada uno de los documentos

1) Con ayuda de la herramienta de Drive y Excel cada uno de los integrantes analizará de manera detallada y clasificará cada uno de los documentos que quedaron a su cargo apoyándose por cada una de las bases que se encuentran divulgadas de manera simultánea para ambos integrantes evitando la duplicación de información.

Comentario de cada uno de los resultados obtenidos:

1) Se darán conclusiones personales por parte de los autores de la presente investigación monográfica los cuales serán compartidos entre ambos y divulgados de manera que se articulen diversas situaciones encontradas en los artículos utilizados para la óptima culminación de los resultados monográficos.

Discusión de los resultados:

1) Con ayuda del asesor asignado para el trabajo de grado se hablará de los resultados obtenidos después de identificar qué tan claros y pertinentes son, se agregarán en el trabajo final con sus respectivas observaciones

Elaboración de conclusiones:

1) Una vez terminada toda la revisión bibliográfica, analizada, estudiada y compartida entre ambos autores de la monografía y compartida con el asesor del trabajo serán elaboradas las conclusiones encontradas a lo largo de la monografía, situadas en el trabajo escrito y presentado de manera oral ante el jurado correspondiente.

Redacción e informe final:

1) Después de haber cumplido con cada una de las metas propuestas al inicio del trabajo se unificarán cada una de las construcciones y se organizará el informe final con todo lo necesario para cumplir con los objetivos del trabajo de grado.

Presentación de la Monografía final:

1) Se realizará la sustentación oral de todo el trabajo frente a cada uno de los jurados asignados para esto a cargo de los dos estudiantes partícipes de la monografía

10. Referencias

1. Cardona C. Fundamentos de Administración. Tercera edición [internet] 237. Bogotá: Litopaerla Impresores Ltda; 2010 [enero de 2010; consultado 2020 may 15] Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zXs5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=administraci%C3%B3n+historia&ots=sHneOEGNAE&sig=IM0K-H_0uq4ek_UhHOS0ZlvQRy0#v=onepage&q=administraci%C3%B3n%20historia&f=false
2. Michael A. administración. Novena edición [Internet] 736. México: Pearson educación; 2006 [2006; consultado 2020 may 10] Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=t8jx-iiiaNoEC&oi=fnd&pg=PA3&dq=administraci%C3%B3n&ots=Y1WybTCaZl&sig=kgH3iWEkqpKrkorr8WCIPeMQQxk#v=onepage&q=administraci%C3%B3n&f=false>
3. Rojas S. las organizaciones, el control y la auditoría interna [internet] [consultado 2020 jun 23] Disponible en: <http://www.unilibrecucuta.edu.co/ojs/index.php/gestionyd/article/view/382/364#>
4. Machucca D. La Auditoría, concepto actual o antiguo. Dialnet. mayo 30 2007; vol (4): 51-57
5. Sandoval H. Introducción a la auditoría [internet] [consultado 2020 abr 20] Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/economico_administrativo/Introduccion_a_la_auditoria.pdf
6. García López C, Herrera Cano C. Caracterizar el proceso de auditoría de cuentas medicas realizado por la aic eps-i a clínica la estancia en el ámbito hospitalario en el segundo (ii) semestre del año 2017 [Trabajo de grado para optar al título de especialista en auditoria de instituciones de salud] Pereira: Fundación Universitaria del Área Andina Facultad de Ciencias de la Salud; 2007.
7. Olarte Flores V. Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, Cundinamarca [Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud] Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 2018.
8. Martínez Cogollo L. Auditoría de Cuentas Médicas como eje fundamental para el proceso de Facturación en Salud [Monografía presentada para optar al título de Administrador en Salud] Montería: Universidad de Córdoba. Facultad Ciencias de la Salud; 2020.
9. Sánchez Cote D. Cuentas Médicas y Conciliaciones. 1a ed. [Internet] Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2017 [Consultado 2021 Feb 20] Disponible en:

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1249/Cuentas%20Médicas%20y%20Conciliaciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Colombia. Ministerio de salud. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [internet]. [09 de enero de 2007]. [Consultado: 5 may 2021]. Disponible

en:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley_1122-de-2007.pdf

11. ESE Carmen Emilia Ospina. Manual de Procedimiento de Auditoría de Cuentas Médicas y Cartera [Internet] [Consultado 2021 feb 15] Disponible en: <https://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/2015/images/calidad/mapa3/11%20Gestion%20Financiera/2%20Subprocesos/2%20Cartera/2%20Manuales/GF-S2M1-V2Manual Procedimientos Cartera.pdf>

12. Yamile C; Benítez, Francy T; Ramos; Ingrid Rengifo K. Propuesta de Metodología para la Auditoría de Cuentas Médicas en la Unidad Prestadora de Servicios de Salud de la Policía Nacional Tolima [Internet] Tolima: Universidad EAN – universidad del Tolima [consultado 2021 feb 10] Disponible en :

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/9958/RamosFrancy2020?sequence=2&isAllowed=y>

13. Colombia. Min Protección Social. DECRETO NUMERO 4747 DE 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones [internet]. [Consultado: 13 may 2021]. Disponible

en:<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

14. Martínez Leuro M; Oviedo Salcedo I. Auditoría de Cuentas Médicas. 4a ed. [Internet] 288. Bogotá: Ecoe ediciones; 2017 [Consultado 2021 feb 13] Disponible en:

<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=jS9bDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=auditoria+cuentas+médicas&ots=lopb1R-Hha&sig=UfoaWHfEN09GX9bFGhP8tbsohN4#v=onepage&q&f=false>

15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único (may 6 2016).

16. Colombia Ministerio de salud. Resolución 3374 de 2000 por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados (Dic 27 2000)

- 17.** Colombia Ministerio de salud. Resolución 0951 de 2002 por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS. (julio 18 2002)
- 18.** Leuro Martínez M; Oviedo Salcedo L. Facturación y Auditoría de Cuentas en Salud. 5a ed. [Internet] 370 p. Bogotá: Ecoe ediciones; 2016 [Consultado 2021 feb 15] Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=61uzDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=auditoria+cuentas+médicas&ots=PxxODd5tYB&sig=rC1OqHhMNgR8wTNTxnu6qEl5qds#v=onepage&q&f=false>
- 19.** Castañeda Montenegro R; Lugo Cruz A; Hernández D; Borja Niño O. “Propuesta para la implementación de un sistema de información para el análisis y control del ingreso de cuentas médicas en una EPS” [Internet] Bogotá: Politécnico Gran Colombiano; 2019 [Consultado 2021 feb 17] Disponible en: <https://alejandria.poliгран.edu.co/bitstream/handle/10823/1808/Propuesta%20para%20la%20implementaci%3%b3n%20de%20un%20sistema%20de%20informaci%3%b3n%20para%20el%20análisis%20y%20control.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 20.** Colombia Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (Ene. 19.2011).
- 21.** Cifuentes P. Auditoría de servicios 1a ed. [internet] revista CES salud pública. enero - junio 2015 vol 6 (1): 101 – 111.
- 22.** Gómez Narváez C; Rodríguez Núñez D; Cárdenas Valderrama D. desarrollo de la auditoría en salud en Colombia en los últimos 10 años [trabajo de grado Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud] Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020.
- 23.** Rodríguez García M; García Montaña C; Ruiz Torres J. La auditoría y su control de calidad: una mirada desde las normas de aseguramiento de la información, en Colombia. contexto [internet] 2016; 63 - 74 [consultado 2021 may 8] Disponible en: <https://revistas.ugca.edu.co/index.php/contexto/article/view/652/954>
- 24.** Colombia. Ministerio de salud. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema general de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [internet]. Diario Oficial No. 41.148 [23 de diciembre de 1993]. [Consultado: 1 may 2021]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
- 25.** Colombia. Congreso de Colombia. LEY 80 DE 1993 [octubre 28] por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública [internet]. [Consultado: 8 may 2021]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85593_archivo_pdf4.pdf

26. Colombia. MIN Salud, Min Hacienda y Crédito Público. DECRETO 2423 DE 1996 Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones [internet]. Diario Oficial No. 42.961, [20 de enero de 1997]. [Consultado: 5 may 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2423-de-1996.pdf>

27. Colombia. Min de salud Pública. RESOLUCIÓN 3374 DE 2000 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados [internet]. Diario Oficial No 44.276, [30 de diciembre de 2000]. [Consultado: may 2021]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R3374000.pdf>

28. Ministerio de Salud. Resolución 951 de 2002 Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS. Diario oficial, (jul 31 2002).

29. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (abr 3 2004)

30. Colombia. Min Protección social. RESOLUCIÓN 3047 DE 2008 Diario Oficial No. 47.082 [15 de agosto de 2008]. [Consultado: 11 abr 2021]. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3047_2008.pdf

31. Colombia. Congreso de Colombia. ley 1751 de 2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (feb 16 2015).

32. Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 3100 de 2019 por el cual Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (nov 25 2019)