	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 1 de 8


FECHA viernes, 27 de enero de 2017

Señores
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
 BIBLIOTECA
 Ciudad

SEDE/SECCIONAL/EXTENSIÓN	Seccional Girardot
DOCUMENTO	Pasantía
FACULTAD	Ciencias De la Salud
NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
PROGRAMA ACADÉMICO	Enfermería

El Autor(Es):

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	NO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
URIZA USECHE	ROSA AURORA	1110262846

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 2 de 8

Director(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
CHAVEZ MARIN	YURI VIVIANA

TÍTULO DEL DOCUMENTO
PROCESO ADMINISTRATIVO DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL EN EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS EN LA NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN


SUBTÍTULO
(Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
ENFERMERO

AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO	NUMERO DE PÁGINAS (Opcional)
27/01/2017	79

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS: (Usar como mínimo 6 descriptores)

ESPAÑOL	INGLÉS
1.AUDITORIA	AUDIT
2.CALIDAD	QUALITY
3.CONCURRENCIA	CONCURRENCE
4.PERTINENCIA	RELEVANCE
5.SALUD	HEALTH
6.PROCESO	PROCESS

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 3 de 8

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS: (Máximo 250 palabras – 1530 caracteres)


Teniendo en cuenta la "auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud" la Nueva Clínica San Sebastián, mantiene estructurada una continua auditoria cuentas médicas en los servicios brindados planteada como estrategia de mejoramiento, para ello surge la necesidad de la creación de un proceso documentado de auditoría interna del talento humano profesional como soporte escrito encaminada a favorecer el desempeño continuo y coordinado para garantizar la calidad en los servicios brindados de la IPS y el flujo adecuado de los recursos. Para ello la universidad Cundinamarca brinda el apoyo a la documentación del manual de procesos de gestión de auditoría de cuentas médicas dejando este documento para estandarización.

Taking into account the "audit for the improvement of the quality of health care", the New Clinic San Sebastián maintains a structured audit of medical accounts in the services provided as a strategy for improvement, for this arises the need for the creation of A documented process of internal auditing of professional human talent as written support aimed at fostering continuous and coordinated performance to ensure the quality of the services provided by the IPS and the adequate flow of resources. For this, the Cundinamarca University provides support to the documentation of the medical audit audit process manual, leaving this document for standardization.

AUTORIZACION DE PUBLICACIÓN

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes,

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAR113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 4 de 8


bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado un alianza, son:

Marque con una "X":

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la Biblioteca.	X	
2. La consulta física o electrónica según corresponda.	X	
3. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
4. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
5. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
6. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen,

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 5 de 8

intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:


Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. **SI** **NO** **X** .

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 6 de 8

de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.


d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional, cuyo texto completo se puede consultar

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AAAr113
	PROCESO GESTION APOYO ACADEMICO	VERSION:1
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 7 de 8

en biblioteca.unicundi.edu.co

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons : Atribución- No comercial- Compartir Igual.



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



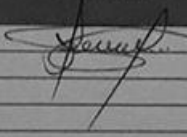
Nota:

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. Título Trabajo de Grado o Documento.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1.	
2.	
3.	
4.	

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA
Uribe Useche Rosa Aurora	

PROYECTO
PROCESO ADMINISTRATIVO DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL EN
EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS EN LA NUEVA CLINICA
SAN SEBASTIAN

ROSA AURORA URIZA USECHE
COD: 330210239

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PASANTIA GESTION DE LA CALIDAD Y AUDITORIA DE LOS SERVICIOS
DE ENFERMERIA
GIRARDOT
2016-2017

PROYECTO
PROCESO ADMISNITRATIVO DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL EN
EL AREA DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS EN LA NUEVA CLINICA
SAN SEBASTIAN

ROSA AURORA URIZA USECHE
COD: 330210239

YURI VIVIANA SANCHEZ MARIN
DOCENTE

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
PASANTIA GESTION DE LA CALIDAD Y AUDITORIA DE LOS SERVICIOS
DE ENFERMERIA
GIRARDOT
2016-2017

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	12
2. PROBLEMA	13
3. OBJETIVOS	14
3.1. OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
4. PROPOSITO	15
5. MARCO DE REFERENCIA	16
5.1. MARCO TEORICO	16
5.1.1 El enfoque basado en procesos	16
5.1.2. Sistema único de habilitacion	23
5.1.3 Sistema de información para la calidad.	24
5.1.4 Auditoria en salud	25
5.1.5 Las auditorias de calidad	26
5.1.6 Auditoria de concurrencia	27
5.1.7 Auditoria administrativa de cuenta	28
5.1.8 Auditoria medica de cuentas	29
5.1.9 Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atencion en salud	31
5.1.10 Articulación del proyecto con los procesos de apoyo y misionales de la Nueva Clinica San Sebastián.	36
5.1.11 Macroproceso, proceso y organigrama del area de auditoria	37
5.1.12 Descripcion del area de facturación	40
5.1.13 Objetivo del cargo auditoria de cuentas medicas	40
5.1.14 Responsabilidades	40
5.1.15 Perfil del cargo	41
5.2 MARCO ETICO	41
5.3 MARCO LEGAL	42
5.4 MARCO CONCEPTUAL	49
5.5 MARCO INSTITUCIONAL	55

5.5.1	Historica -----	55
5.5.2	Estructura corporativa de la NCSS-----	59
5.5.3.	Organigrama de medicos asociados S.A-----	60
5.5.4	Organigrama Nueva Clinica San Sebastian -----	61
5.5.5.	Mapa de procesos -----	62
5.5.6	Organigrama de auditoria -----	64
6.	<i>METODOLOGIA</i> -----	65
6.1	TIPO DE ESTUDIO -----	65
6.2	UNIVERSO -----	65
6.3	POBLACION -----	65
6.4	MUESTRA -----	65
6.5	RECOLECCION DE DATOS -----	65
7.	<i>RECURSOS</i> -----	66
8.	<i>EJECUCIÓN DEL PROYECTO</i> -----	67
8.1	MANUAL DE PROCESOS AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS -----	67
8.2	PROCESO DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS. -----	69
8.3	FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN -----	78
8.4	INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN -----	79
9.	<i>CRONOGRAMA</i> -----	82
10.	<i>BIBLIOGRAFIA</i> -----	86
11.	<i>WEBGRAFIA</i> -----	87

1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta que la “auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” es definida por la mencionada norma como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación para ello debe de ir de la complementado con la auditoria de las cuentas medicas se encuentran enfocado a realizar la evolución sistémica, continua e integral de dichas cuentas desde el punto de vista administrativo y financiero, según la normatividad vigente y bajo los parámetros contractuales definidos entre prestadores y administradores del sector salud.¹

Por tanto como directriz en los procesos de calidad, se requiere optimizar los procesos administrativos – asistenciales, buscando minimizar las glosas a la facturación, es por ello que la IPS nueva Clínica San Sebastián, mantiene estructurada una continua auditoria concurrente y de cuentas en los servicios brindados planteada como estrategia de mejoramiento, la creación de un proceso de auditoria interna del talento humano profesional como soporte escrito encaminada a favorecer el desempeño continuo y coordinado para garantizar el flujo adecuado de los recursos. Para efectos de la realización de la estructuración del proceso se concertó con la dirección médica, coordinadora de auditoria y la supervisora de auditoras de cuentas medicas de la Nueva Clínica San Sebastián, la necesidad que la universidad Cundinamarca apoye la documentacion del manual de procesos de gestión de auditoria de cuentas medicas que laboran en la IPS y el apoyo por parte de las lideres de el área de auditoria para garantizar la monitorizacion permanentemente del proceso de la estandarización del manual de procesos de gestión de auditoria de cuentas medicas.

¹ BRAULIO MEJIA GARCIA, libro Auditoria médica para la garantía de calidad en salud 5ta Edición <http://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789586485821&idsource=3001&li=1>

2. PROBLEMA

El presente proyecto se origina de la necesidad manifestada por el líder de facturación del proceso de auditoría de la Nueva Clínica San Sebastián, acerca de los procesos ya estipulados para el talento humano profesional de auditoría de cuentas médicas, pero que carecen de documentación y estandarización.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Participar en la construcción de los procesos administrativos del talento humano profesional del área de auditoría de cuentas médicas en los procesos de auditoría de la Nueva Clínica San Sebastián.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el proceso que realiza el talento humano profesional que laboran en el área de auditoría de cuentas médicas de la Nueva Clínica San Sebastián.
- Apoyar la gestión del proceso que realiza el talento humano profesional que laboran en el área de auditoría de concurrencia y de cuentas médicas de la Nueva Clínica San Sebastián.
- Levantar los procesos administrativos del talento humano profesional que laboran en el área de auditoría de cuentas médicas de la Nueva Clínica San Sebastián.

4. PROPOSITO

Mediante el presente proyecto los enfermeros en formación, como pasantes en gestión de la calidad y auditoria de los servicios de enfermería de la universidad de cundinamarca apoyaran el fortalecimiento de los procesos de gestión del área de auditoria con la participación y levantamiento del proceso de auditoría de cuentas medicas del talento humano profesional.

5. MARCO DE REFERENCIA

En este proyecto se desarrollan cinco marcos de referencia: el marco teórico, ético, legal, institucional, y conceptual, los cuales permitirán el desarrollo del proyecto para dar respuesta a una necesidad institucional. Dicha información aquí descrita, es tomada de la entidad de salud para la cual se desarrolla el trabajo, así como del resultado de revisiones bibliográficas.

5.1. MARCO TEORICO

El concepto de calidad varía entre diferentes autores, es así que Wendy Leevob la define como “hacer correctamente lo correcto”, Abedis Donabedian “a partir de unos recursos disponibles, lograr para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles”, la Dra. Palmer “la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel óptimo y teniendo en cuenta los recursos disponibles, y que logra la satisfacción del usuario” bajo estos planteamientos surgieron diversas reformas en la atención en salud.

5.1.1 El enfoque basado en procesos

Para la elaboración de este marco teórico fue necesario hacer un análisis del funcionamiento actual del Sistema de Salud en Colombia; del mismo modo, se implementa la normatividad que garantiza la calidad en la atención de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), de tal forma que se pueda justificar teóricamente la necesidad de la construcción de los manuales de procesos de intervención del trabajador social en el área de la salud. También es utilizada la teoría de Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud por el autor Braulio Mejía García y Rol Profesional de Trabajo

Social en la Atención Primaria de la Salud, los cuales brindan la información necesaria para su desarrollo.²

El sistema de Salud en Colombia funciona como Plan Nacional de Salud, de forma integral para el desarrollo operativo y funcional; tiene como objetivo fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. El eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud es la gestión, la cual cumple un papel importante en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario. Dicha gestión es integral y se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Los principios fundamentales Sector Salud en Colombia son los de universalidad, integralidad, descentralización y participación, concertación, obligatoriedad, solidaridad, libre selección o escogencia, gradualidad, eficiencia y calidad.

La salud publica “está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva. Sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Las acciones se realizarán bajo la rectoría del estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad”, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007.

Los usuarios son libres de elegir entre las distintas EPS (Entidad Promotora de Salud) e IPS (Institución Prestadora de Salud). Del mismo modo, la población obtiene los beneficios en salud a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual comprende los servicios de beneficio personal e individual que incluyen

² MEJÍA GARCÍA, Braulio. Gerencia de Procesos para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. 1 ed. Bogotá: Ecoe Ediciones Ltda. 1998.

intervenciones, actividades, procedimientos e insumos (incluyendo medicamentos) en todas las fases de la relación salud-enfermedad (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y en todos los niveles de complejidad.

Las entidades son certificadas de acuerdo a la calidad en la prestación de los servicios con las familias de las ISO que es el organismo encargado de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación, comercio y comunicación. Su función principal es la de buscar la estandarización de normas para las empresas u organizaciones a nivel internacional. Las ISO en salud se clasifican de la siguiente manera:

- ISO 9000-2000 fundamentos y vocabulario
- ISO 9001- 2000 requisitos
- ISO 9004-2000 directrices para la mejora del desempeño
- ISO 19011 auditorias de sistema de la calidad y gestion ambiental

Teniendo en cuenta que en las entidades de salud se manejan varios procesos, deben existir criterios selección, de manera que se puedan identificar los más importantes y los procesos críticos para la prestación de los servicios; así mismo, debe haber una adecuada selección del responsable en liderar dicho proceso, quien tiene capacidad de predecir y evaluar los cambios. Los colaboradores también serán seleccionados, porque interactúan de acuerdo a las actividades del proceso. Los procesos están compuestos por:

- La misión: Se cumple a través de la integración de los diferentes procesos, definiéndose el propósito fundamental del proceso, respondiendo a las preguntas del para qué del proceso y el por qué es necesaria el mismo.
- La organización: es la estructura orgánica de la institución, se tiene en cuenta los niveles, directivos, ejecutivos, operativos y asesores, líderes, colaboradores, así como las áreas asistenciales y administrativas.
- El talento humano: Son las personas encargadas de desarrollar y mejorar las actividades del proceso. ³

³ BRAULIO MEJIA GARCIA, libro Auditoria médica para la garantía de calidad en salud 5ta Edición ,2006
<http://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789586485821&idsource=3001&li=1>

5.1.1.1 el modelo ISO 9001:2000

En los últimos años un gran número de organizaciones de transporte implantaron SGC con objeto de “documentar lo que hacían y hacer lo que documentaban”. Estos SGC venían a ser simples recopilaciones de la forma de enfocar o cumplir los 20 elementos de la norma ISO 9002:1994. La idea era la de cumplir con todos los requisitos de esta norma, muchas veces de forma independiente de las necesidades de la propia organización de transporte.

Esta situación llevó a que muchas organizaciones obtuviesen como único beneficio de su SGC la diferenciación comercial en el mercado con respecto a la competencia por la obtención del certificado. La revisión en el año 2000 de la familia de normas ISO 9000, introduce un planteamiento diferente (pasar del aseguramiento de la calidad a la gestión de la calidad), fundamentado en los ocho Principios de gestión de la calidad, para hacerlos más acordes con los criterios del modelo de excelencia para la Calidad EFQM. La siguiente figura ilustra el modelo ISO 9001 de un SGC basado en procesos y refleja gráficamente la integración de los cuatro pilares básicos de la norma ISO 9001 (Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los recursos, Prestación del servicio y Medición, análisis y mejora).⁴



⁴ BRAULIO MEJIA GARCIA, libro Auditoría médica para la garantía de calidad en salud 5ta Edición <http://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789586485821&idsource=3001&li=1>

La revisión por la Dirección cierra el bucle y el ciclo vuelve a “Responsabilidad de la Dirección” para autorizar los cambios e iniciar el proceso de mejora. Cuando los procesos de realización de los productos o de prestación de los servicios se llevan a cabo, la satisfacción del cliente es evaluada a través de los resultados de los procesos. Los resultados se usan para mejorar las entradas provenientes de los clientes, completando el proceso del bucle horizontal.

El modelo de procesos no trata de reflejar los procesos de forma detallada. Sin embargo, todos los requisitos del SGC encaminados a lograr la conformidad de los productos o servicios pueden ser llevados a cabo dentro del modelo. Aunque siempre ha resultado necesario gestionar de uno u otro modo las relaciones que se plantean entre las diversas actividades que se llevan a cabo en las organizaciones, lo que aporta el modelo de procesos es que la gestión de las organizaciones se centra en las actividades que resultan críticas para generar valor añadido.

5.1.1.2 ISO 9000: gestión de la calidad para una mejor salud

Define la calidad como las habilidades que posee un producto (tangible o intangible) para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas que tiene un cliente. Estas habilidades son, en términos genéricos, la durabilidad, la usabilidad, la mantenibilidad, la inocuidad, la disponibilidad o la oportunidad de entrega entre otras. La medición de la calidad por parte del cliente de un producto es siempre un fenómeno subjetivo y psicológico: lo que el cliente hace para determinar el nivel de calidad de algo es comparar lo que espera obtener (basado en su experiencia) con lo que percibe recibir (basado en los mecanismos de la percepción).⁵

El hecho de objetivizar la calidad a través estándares no significa que la evaluación del cliente deje de ser subjetiva, siempre lo será: los estándares solo

⁵ BRAULIO MEJIA GARCIA, libro Auditoría médica para la garantía de calidad en salud 5ta Edición, 2006
<http://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789586485821&idsource=3001&li=1>

sirven de guía para producir un producto de calidad, pero siempre tendrán que subeditarse a la percepción del cliente.

5.1.1.3 Los procesos en la organización

Para adoptar un enfoque basado en procesos, la organización debe identificar todas y cada una de las actividades que realiza. A la representación gráfica, ordenada y secuencial de todas las actividades o grupos de actividades se le llama mapa de procesos y sirve para tener una visión clara de las actividades que aportan valor al producto/servicio recibido finalmente por el cliente. En su elaboración debería intervenir toda la organización, a través de un equipo multidisciplinar con presencia de personas conocedoras de los diferentes procesos.

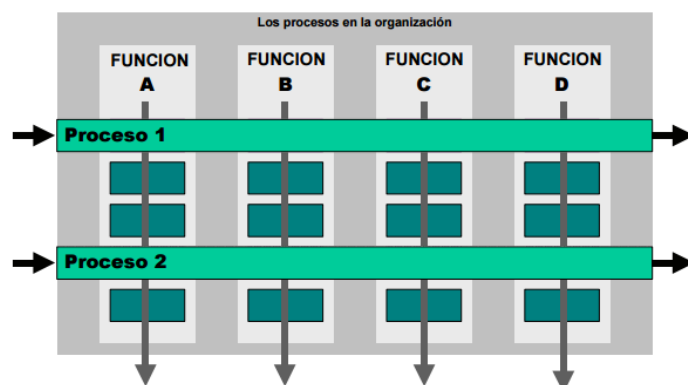
Una característica importante de los procesos, que queda de manifiesto en cuanto se elabora el mapa de procesos, es que las actividades que lo constituyen no pueden ser ordenadas de una manera predeterminada, atendiendo a criterios sólo de jerarquía o de adscripción departamental. Se puede decir que el proceso cruza transversalmente el organigrama de la organización y se orienta al resultado, alineando los objetivos de la organización con las necesidades y expectativas de los clientes, sin atender en sentido estricto a las relaciones funcionales clásicas. Las actividades de la organización son generalmente horizontales y afectan a varios departamentos o funciones (comercial, tráfico, administración, etc.)⁶

Como ilustra el siguiente gráfico. Esta concepción “horizontal” (actividades o procesos) se contrapone a la concepción tradicional de organización “vertical” (departamentos o funciones). Esto no significa que los procesos suplan o anulen las funciones. Como un pastel, se puede organizar por capas pero se ha de servir por porciones. La gestión de procesos consiste en dotar a la organización de

⁶ Ministerio de fomento, Capítulo 4 La gestión de procesos Pag. 6 Mayo de 2005.
<http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541acde-55bf-4f01-b8fa-03269d1ed94d/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf>

una estructura de carácter horizontal siguiendo los procesos interfuncionales y con una clara visión de orientación al cliente final.

Los procesos deben estar perfectamente definidos y documentados, señalando las responsabilidades de cada miembro, y deben tener un responsable y un equipo de personas asignado. En este contexto es fundamental la figura del propietario, que es la persona que, además de ocupar una determinada posición en el organigrama “convencional” (vertical), es responsable de analizar el proceso, mejorarlo y especialmente conseguir sus objetivos. La organización debe conocer quién es el propietario de cada uno de los procesos. El propietario asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y de su mejora continua. Por ello, debe tener la suficiente autoridad para poder implantar los cambios en el proceso que él o el equipo de mejora del proceso estimen oportuno.



En consecuencia, las personas implicadas forman parte de un grupo multidisciplinar que rinde cuentas al responsable del proceso independientemente de las funciones de cada uno en relación con el departamento al que pertenece. Esto se conoce como “integración horizontal” del personal de la organización.

La organización “horizontal” se visualiza como un conjunto de flujos que de forma interrelacionada consiguen el producto y/o servicio final. Estos flujos están constituidos por todas las secuencias de actividades que se producen en la organización. La Dirección parte de objetivos cuantificables (mejora de

indicadores) para alcanzar los resultados globales de la organización (producto o servicio que recibe el cliente final).

La organización “vertical” se visualiza como una agregación de departamentos independientes unos de otros y que funcionan autónomamente. La Dirección marca objetivos, logros y actividades independientes para cada departamento y la suma de los logros parciales da como resultado el logro de los objetivos globales de la organización. La descripción gráfica de la organización vertical es el organigrama. En el organigrama cada casilla representa departamentos y jerarquías dentro de la organización.

5.1.2. Sistema único de habilitación

“sistema único de habilitación” es 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, de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia en el sistema para las organizaciones que ejercen los roles de prestación y administración.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud. Estas condiciones son los requisitos esenciales que establece el Ministerio de Salud.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son las que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia la liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Las condiciones de capacidad técnico - administrativa son los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a existencia y representación legal, de acuerdo con la naturaleza jurídica, y los requisitos administrativos y Financieros que le permitan demostrar que cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La citada norma determina que los prestadores de servicios de salud deben realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación con el fin de verificar su pleno cumplimiento y que cuando se encuentren en imposibilidad de cumplir y mantener las condiciones para la habilitación deben abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

También establece que las administradoras no pueden prestar servicios a sus clientes a través de prestadores que no cumplan con la totalidad de las condiciones de habilitación que les sean exigibles, que pueden realizar visitas de seguimiento a los prestadores que integran su red de servicios para verificar el cumplimiento de sus condiciones de habilitación y para constatar las condiciones de calidad en las cuales se están prestando los servicios, y que si en caso de que el prestador no esté cumpliendo con una o más de dichas condiciones deben poner este hecho en conocimiento de la dirección de salud competente, la cual deberá pronunciarse dentro de los 60 días calendario sobre el cumplimiento de los requisitos, y en caso de que este pronunciamiento sea negativo deberá cesar la prestación de servicios a través de este prestador de servicios. Para poder realizar la autoevaluación se aplicaba la Resolución 1439 del 2002.

5.1.3 Sistema de información para la calidad.

El sistema de Información para la calidad es un componente del sistema de información de la empresa que comprende los procesos de recolección,

consolidación, procesamiento, organización, análisis y presentación de la información producida en desarrollo de todos los procesos de gestión de calidad. Sus objetivos son facilitar la evaluación continua de los niveles de calidad a partir de los indicadores definidos, apoyar la toma de decisiones para la gestión del mejoramiento de la calidad, asegurar la disponibilidad de la información que requieren los clientes para la selección de los prestadores de servicios de salud, y facilitar las labores de investigación de los entes de vigilancia y control.

5.1.4 Auditoria en salud

La auditoria en salud se concibe como un procedimiento técnico de control, con un componente educativo de alto nivel analítico, auxiliar definitivo en la evaluación de calidad del proceso de atención mediante el cual se logra obtener una conclusión o resultado, al compararse la situación ocurrida, con la norma técnica vigente, a la luz de los últimos avances de la ciencia.

“Si bien, su conocimiento tiene algo que ver con una disciplina contable, el proceso en si puede asimilarse, ya que conlleva un examen minucioso de todas las acciones realizadas en el proceso de atención de salud, así como su completa verificación, con miras a rendir un informe objetivo que conduzca a la aplicación de objetivos”.⁷

Con la aparición del (SGSSS) Sistema General Seguridad Social en Salud y las exigencias de auditoría de cuentas médicas se han originado diversos problemas para las EPS (Entidad promotora de salud) o ERP (empresa responsable de pago) y las IPS (Institución prestadora de salud), pues no hay especialistas suficientes que las realicen con idoneidad.

⁷ German Riaño Gamboa, Auditoria de la gestión en salud, Ecomedios, Bogota, 2004, pag 22

La mayoría de quienes ejercen este trabajo tiene experiencia en auditoría médica, auditoría de calidad, o auditoría de salud. En muchos casos se da la potestad de revisión de cuentas a personal sin conocimiento real de la facturación hospitalaria, de los manuales tarifarios y de la normatividad relacionada con el financiamiento del sector.

Específicamente la auditoría de cuentas médicas consiste en la verificación del cumplimiento de los requisitos tanto administrativos como clínicos de las cuentas, y la auditoría médica es realizada por el equipo de salud del prestador, incluye: evaluación, análisis y recomendaciones del mejoramiento de los aspectos técnico-científicos y humanos relacionados con los procesos de evaluación, diagnóstico y servicios al usuario.⁸

5.1.5 Las auditorías de calidad

La auditoría de las actividades para prestar servicios de salud, es un proceso que busca documentarse, para verificar, mediante evidencias objetivas, la implementación y desarrollo de un sistema de calidad. Auditar es verificar si lo ejecutado cumple con lo planificado, tiene un énfasis en la verificación, es la selección de la evidencia objetiva, en el examen crítico de lo encontrado y en la documentación que sustente lo encontrado.

Una institución a auditar requiere de la exigencia de un sistema de calidad con documentación y procesos específicos identificables. La auditoría es una evaluación sistemática de las actuaciones y decisiones de las personas e instituciones para determinar o evaluar si las actividades prestadas relacionadas con la calidad de los servicios, cumple con lo planificado, o en el caso contractual con lo pactado y si estas han sido implementadas de manera efectiva de tal manera que produzcan efectos en la calidad. La esencia de su objetivo es mejorar la calidad de la atención.

⁸ German Riaño Gamboa, Auditoría de la gestión en salud, Ecomedios, Bogotá, 2004, pag 22

5.1.6 Auditoria de concurrencia

La auditoría de concurrencia o “en caliente” está basada en la auditoria de registros clínicos, visita y acompañamiento, en entrevistas al grupo asistencial, paciente y familiares durante el proceso de atención intrahospitalaria. Consiste en la emisión de un dictamen de auditoria médica basada en los anteriores mecanismos con el fin de emitir un concepto sobre la calidad de la atención brindada.

Las actividades que se desarrollan en esta auditoria deben ser concertadas entre la entidad responsable del pago y la IPS para establecer los mecanismos de revisión en función de las condiciones pactadas en los acuerdos de voluntades (contratos) y la evaluación del medio donde se realiza la atención. Para este tipo de auditoria se debe destinar personal de la salud capacitado y calificado. Se puede recurrir también a la evaluación de pares que es algo habitual entre los profesionales especializados en las áreas asistenciales.⁹

Independientemente de los parámetros establecidos entre las partes se puede realizar auditoria médica de concurrencia en estos casos:

- Estancia en unidad de cuidado intensivo.
- Estancia mayor a tres días sin importar el tipo de estancia.
- Paciente quemado
- Paciente poli traumatizado
- Paciente amputado
- Paciente de neurocirugía
- Paciente con cáncer
- Paciente con SIDA
- Paciente infectado
- Paciente multiintervenido quirúrgicamente

⁹ German Riaño Gamboa, Auditoria de la gestión en salud, Ecomedios, Bogota, 2004, pag 22

5.1.7 Auditoría administrativa de cuenta

La auditoría administrativa de cuentas tiene por objeto vital evitar que las cuentas sean devueltas por parte de las entidades aseguradoras. Se debe verificar que las cuentas cumplan con los requisitos contractuales exigidos y con las normas que sobre el particular existan al respecto. Para ellos se hace necesario contar con:

1. Conocimiento de la legislación vigente
2. Datos del ingreso del paciente (RIPS)
3. Datos del egreso del paciente (RIPS)
4. Datos de la atención (RIPS)
5. Soporte de los servicios prestados (en caso de la aseguradora lo solicite)
6. Clausulas y condiciones del contrato

La evaluación de una institución en si misma no trae como consecuencia la mejoría de la calidad, requiere de acciones correctivas y compromisos institucionales cuando se detecten fallas o deficiencias frente a lo esperado.

La auditoria de calidad es la verificación de que lo propuesto en un sistema de calidad de una institución, efectivamente si se da y cumple objetivamente en la realidad. La auditoria no es solo la verificación de una lista de variables sino que busca asegurar que se cumplen los objetivos propuestos. Esto tiene especial cumplimiento, sino valorar los faltantes con respecto a la calidad y aceptar compromisos de mejoramiento.¹⁰No se debe confundir el concepto de auditoria con el de intervectoria que esta relacionado con el estricto cumplimiento de un contrato y las sensaciones ante su incumplimiento. Tiene un carácter de vigilancia punitiva.

¹⁰ Recopilación de Conceptos, Opiniones de algunos autores de auditoria. Rol Profesional de auditoria en la Atención Primaria de la Salud. 1 ed. Canadá: Documento Marco. 2002.P

En Colombia el concepto de la auditoria ha cambiado radicalmente desde que se trasformo el sistema asistencial de un modelo que privilegiaba la oferta, por un sistema integral menos asistencial que apoya la demanda y exige mayor calidad. Cualquiera que sea el concepto de auditoria lo importante de aceptar que constituye un proceso de verificación sistemático sobre situaciones con propuestad concertadas de mejoramiento de la calidad, por lo tanto tangible y que puede garantizarse.

5.1.8 Auditoria medica de cuentas

La auditoría médica de cuentas es la evaluación sistemática de la facturación de los servicios de salud que realizan los auditores médicos. Su objetivo es, de una parte, identificar y solucionar irregularidades en el desarrollo de los contratos celebrados por las aseguradoras responsables de la atención de los usuarios (EPS-C, EPS-S, ARP, Minsalud, DTS, DLS, EM, prepagadas y usuarios vinculados con capacidad de pago). Por otra parte busca que los prestadores de servicios de salud expliquen situaciones irregulares en el tratamiento de los usuarios.

- El prestador no está autorizado para prestar un servicio facturado.
- El usuario no tiene el derecho contractual para recibir un servicio facturado.
- El usuario no requirió o amerito clínicamente que se le prestara un servicio de atención en salud
- El usuario no recibió un servicio facturado.
- La liquidación no corresponde a las normas tarifarias vigentes o a las clausulas particulares que sobre dicho aspecto hallan acordado los contratantes.

5.1.8.1 Campo de acción

La Auditoria medica de cuentas compromete las funciones y actividades relacionadas con el aseguramiento de los usuarios y la administración de los

recursos en entidades aseguradoras (EPS-C, EPS-S, ARL, Entes territoriales) y de la prestación en las IPS, para que actúen eficaz y eficientemente en la organización de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera. Todo esto con el fin de lograr niveles satisfactorios de calidad, además de que estimule el desarrollo de un sistema de información y control adecuado sobre los derechos y deberes de los usuarios, y paralelamente sobre las obligaciones contractuales del asegurador y competencias del prestador de acuerdo con los contratos celebrados.

La auditoría medica de cuentas responde a los requisitos y problemas de las EPS e IPS que intentan dinamizar sus organizaciones con el propósito de tener la máxima rentabilidad económica sobre la base de satisfacer las necesidades y expectativas del usuario. Se debe considerar el régimen al que se encuentra afiliado el usuario y los servicios contenidos en el plan de beneficios correspondientes. Ellos en consonancia con sus necesidades clínicas reales y la expectativa del prestador de obtener ingresos por conceptos de la prestación.

La necesidad de que la EPS e IPS establezcan la auditoria medica de cuentas sobre la facturación y cartera, obedece no solo a la exigencia de la ley sobre el sistema de garantía de calidad y su componente de auditoria médica, sino la urgente necesidad de saber que está ocurriendo con la atención en salud y como se refleja esta situación en las facturas.

También sobre otros aspectos:

- 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.

5.1.8.2 Perfil y responsabilidades del auditor medico de cuentas

Aunque la auditoria medica se encuentra en proceso de reglamentación, creemos que el auditor medico de cuentas debe ser profesional en al área de la salud con posgrado en auditoria médica o de los servicios. Estará obligado a guardar la debida reserva sobre la información y la condición de salud del usuario.

Es importante identificar oportunamente los problemas en la calidad de la prestación (y guardando la debida reserva sobre la identidad de los usuarios) informe a las directivas de aseguradores y prestadores con el fin de que, dispongan las medidas necesarias para corregir las fallas detectadas, como parte de un proceso de mejoramiento continuo de la calidad de la atención.¹¹

5.1.9 Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atencion en salud

El decreto 1439 del 2002, en su artículo 36 la define como: “Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.

El enfoque de la Auditoria es una herramienta de Evaluación Sistemática. Un elemento fundamental del concepto de Garantía de Calidad es la evaluación; cada vez es más evidente la necesidad de disponer de hechos y datos objetivos para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, de quienes dirigen una organización y de quienes prestan un servicio.

La evaluación debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad establecida. El Campo de

¹¹German Riaño Gamboa, Auditoria de la gestión en salud, Ecomedios, Bogota, 2004, pag 22

Acción de la Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, concepto contemplado en el Artículo 1 del DECRETO 1439 de 2002, en los siguientes términos:

“Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagadas y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. A los prestadores de servicios de salud que operen en los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Serán obligatorias las disposiciones del Sistema de Garantía de la Calidad. Se Exceptúan las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.”¹² El Propósito Fundamental de la Auditoría es contribuir al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. En este sentido, la Auditoría es una función de toda la organización y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos, dados unos recursos.

En este sentido, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad implica tres procesos básicos:

- Realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad deseada significa que deben existir normas técnico - científicas y administrativas previamente estipuladas y conocidas por todos los participantes del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, para la atención en salud. Esto implica la necesidad de definir, en forma previa, la calidad deseada, mediante manuales, guías de atención, normas técnicas, indicadores y/o estándares, entre otros instrumentos. Adicionalmente, es preciso establecer y divulgar los mecanismos y herramientas que se van

¹² Ministerio de fomento, Calidad y Auditoría en salud de francisco Alvarez Heredia, MD. MSP, 2014 segunda edición pag 223- 256.

a utilizar para evaluar y medir los procesos, y para informar y retroalimentar los hallazgos obtenidos.

- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

5.1.9.1 Campo de aplicación

De conformidad con las disposiciones previstas en el decreto 1011 del 2006, a las Entidades Promotoras de Salud y a las que se les asimilen les corresponde aplicar procedimientos y técnicas de auditoría, para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sin perjuicio de las actividades de auto evaluación desarrolladas de manera autónoma por los prestadores de servicios de salud, y de las acciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de inspección, vigilancia y control del sistema. Precisa la misma norma que los Prestadores de Servicios de Salud realizarán procedimientos de auditoría, destinados a la autoevaluación permanente de los servicios que prestan.¹³

En consecuencia, **un modelo de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud**, abarca en su Campo de Aplicación, a las siguientes organizaciones del Sistema:

- A las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se les asimilen, y a las Entidades Territoriales de Salud en su función de administradoras de beneficios de salud para los vinculados, desde el momento en que el afiliado o vinculado adquiere el derecho a los servicios de salud, hasta que los utiliza, y posteriormente, en la medida que debe garantizársele la continuidad de los mismos.
- A los Prestadores de Servicios de Salud, en todo el proceso de prestación de servicios, desde el acceso del usuario hasta su alta y seguimiento.

¹³ Ministerio de fomento, Calidad y Auditoria en salud de francisco Alvarez Heredia, MD. MSP,2014 segunda edición pag 223- 256.

- A las a las Entidades Territoriales de Salud en el cumplimiento de sus funciones de Asistencia Técnica y de Seguimiento Institucional para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

La descripción general del modelo, en el ámbito del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la auditoría se constituye en un instrumento que permite, dados unos criterios preestablecidos y conocidos por todos los participantes, evaluar el desempeño de sus diversos integrantes con respecto al logro de las metas y objetivos de calidad propuestos.

El modelo de auditoría, que a continuación se presenta implica el desarrollo de procesos de autocontrol y, según la madurez del proceso en la institución, de auditoría interna, en cada una de las organizaciones descritas en el campo de aplicación.

Los niveles de la Auditoría son:

- **el autocontrol:** en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.
- **la auditoría interna:** realizada en la misma organización, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que cada miembro de la organización adquiriera la cultura de autocontrol.
- **la auditoría externa:** se lleva a cabo por un ente externo a la organización, con base en los acuerdos previamente establecidos.

Los **controles de primer orden** Autocontrol, Auditoría interna y Los **controles de segundo orden** es la Auditoría externa. Por lo tanto requiere que **PREVIAMENTE** los procesos de la Atención de Salud hayan sido identificados y priorizados, estandarizados mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, implementados, y que existan los medios para adoptar las medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

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. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, 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.

Sin embargo, para que este sistema funcione adecuadamente, se requiere contar con facilitadores que promuevan la generación y el fortalecimiento de la cultura del autocontrol, entre las personas y las organizaciones del sector.¹⁴ Este papel está asignado a las Entidades Territoriales de Salud en dos líneas de acción: En primer lugar, en su función de asistencia técnica, servirán como promotores y difusores de los Lineamientos Técnicos y de Política que se impartan por parte de las Entidades de Dirección del Sistema. En segundo lugar, en su función de inspección y vigilancia de la calidad, realizarán el control de segundo orden, que consiste en verificar la realización de los procesos (Auditoría externa) de autocontrol o auditoría interna por parte de las organizaciones vigiladas, y sus resultados. El objetivo de este diseño es fortalecer los controles de primer orden (Autocontrol y Auditoría Interna), para que las organizaciones mejoren su desempeño por convicción y compromiso con sus propias metas, antes que por el cumplimiento de un requisito.

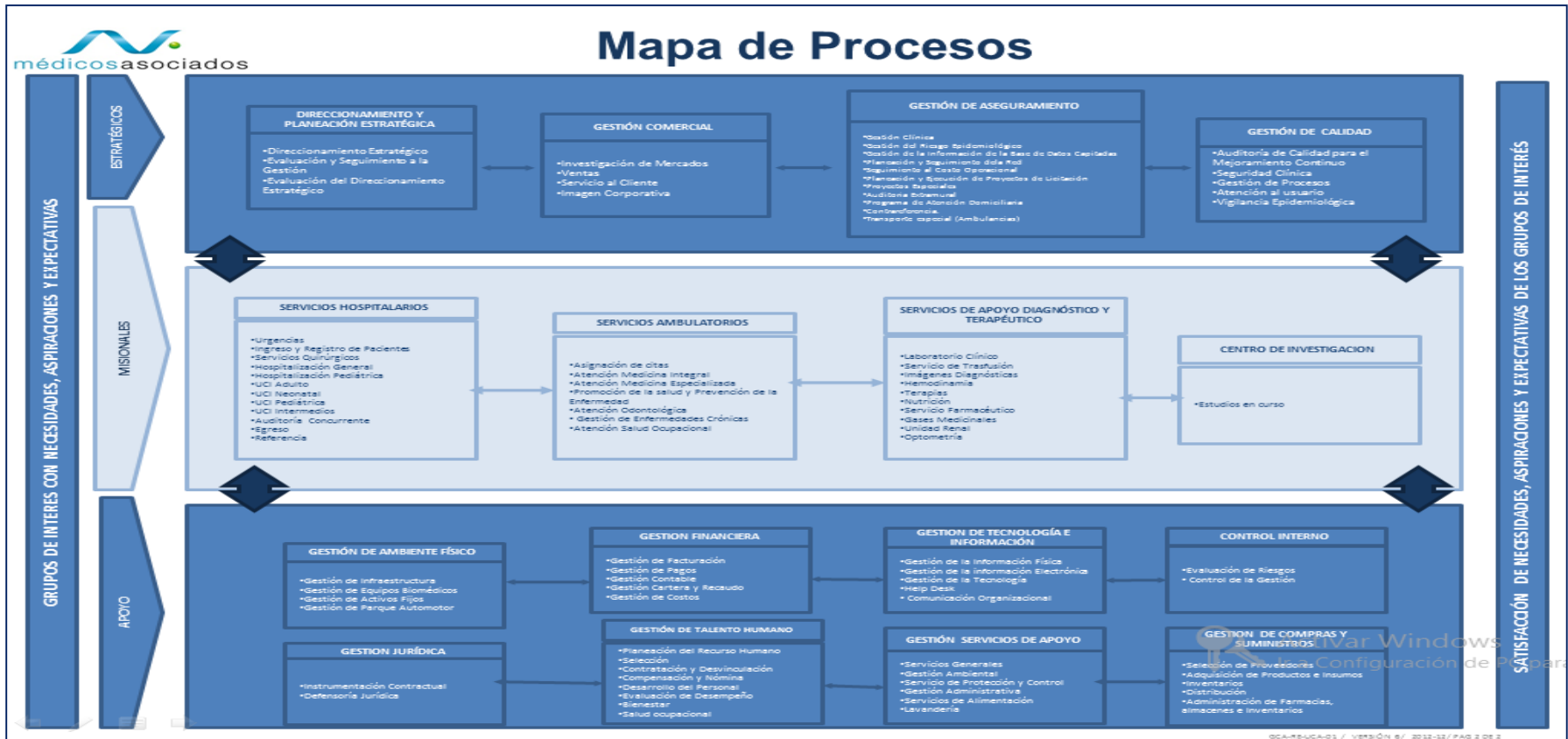
¹⁴ <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>

5.1.10 Articulación del proyecto con los procesos de apoyo y misionales de la Nueva Clínica San Sebastián.

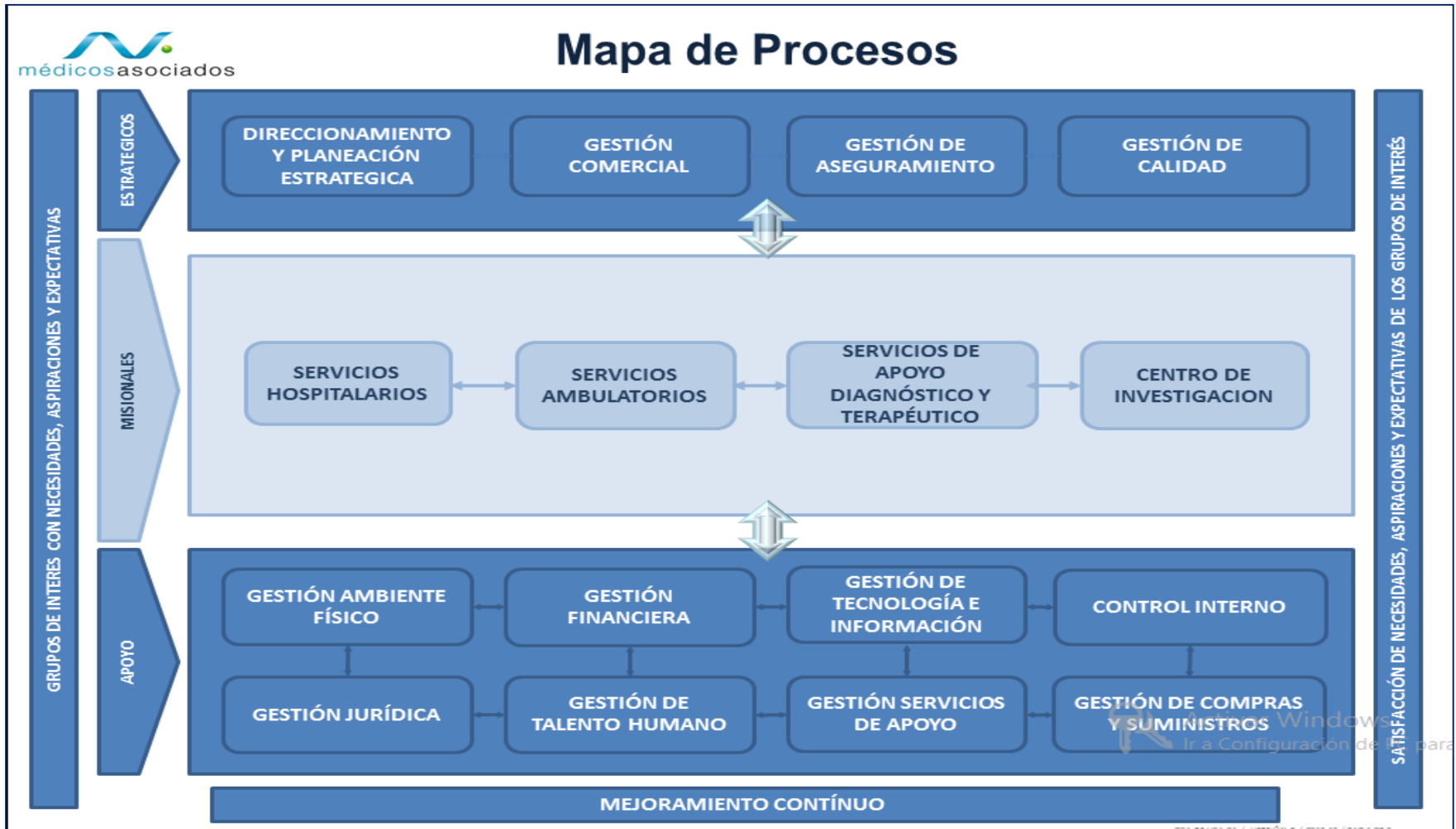
El proyecto emprendido por la Estudiante en Formación de la Universidad de Cundinamarca se articula con la Institución desde su direccionamiento organizacional, que comprende el mapa de procesos institucional donde se ve inmersa la seguridad del paciente el cual es indispensable en los procesos hospitalarios y en la atención del paciente.

5.1.11 Macroproceso, proceso y organigrama del area de auditoria

5.1.11.1 Mapa de procesos

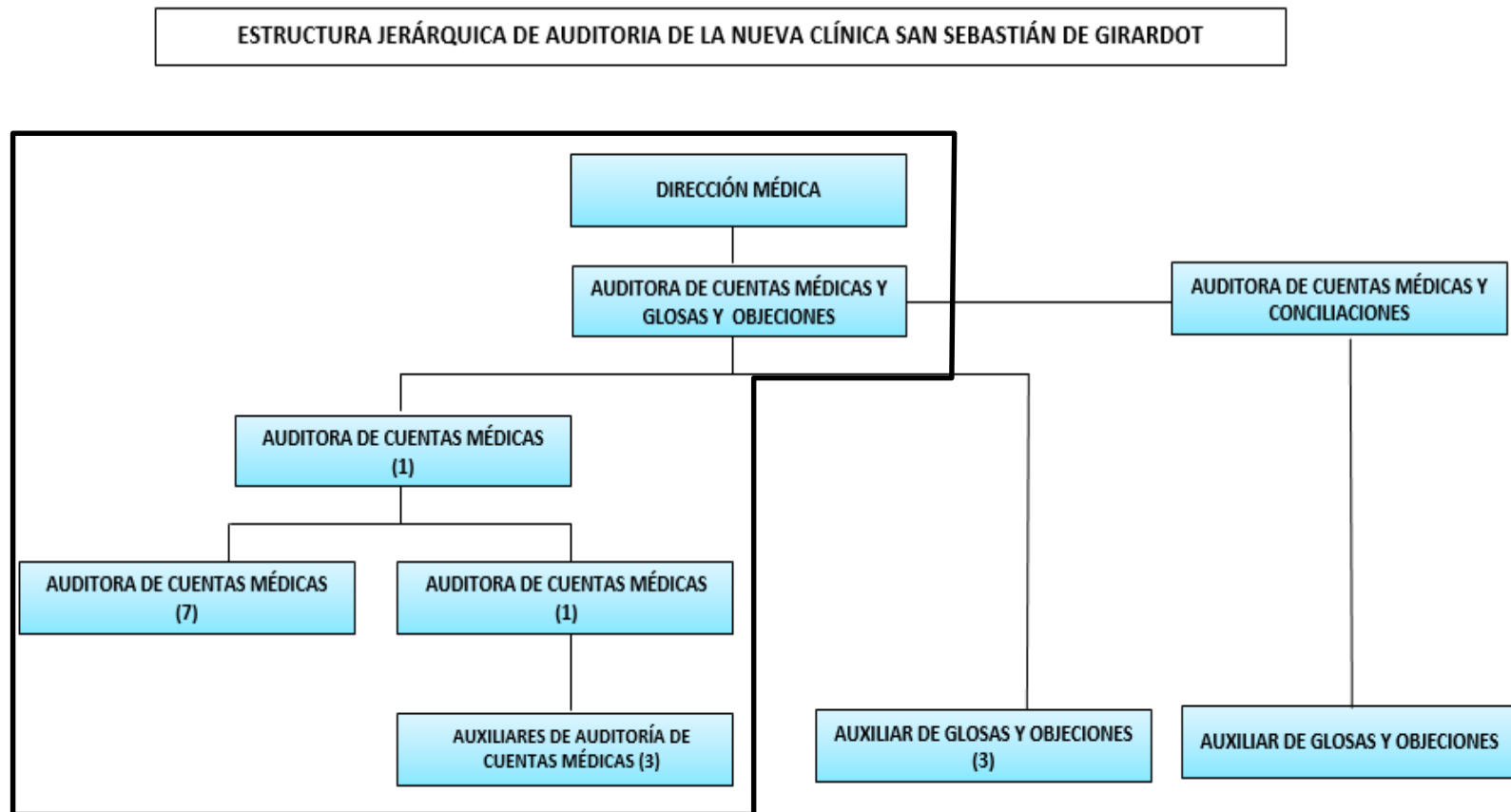


Fuente: Plataforma estratégica Nueva Clinica San Sebastian



Fuente: Plataforma estratégica Nueva Clínica San Sebastián

5.1.11.2 Organigrama de auditoria



Pendiente: proceso de estandarización, diciembre 2016

5.1.12 Descripción del área de auditoría

El área de auditoría se encuentran distribuidas en todas las instalaciones de la institución con 8 auditoras profesionales de cuentas médicas para todos los servicios y 3 auxiliares de auditoría de cuentas médicas para el conteo de medicamentos de los servicios, ubicadas en sus respectivas oficinas garantizando el cumplimiento de sus funciones.

5.1.13 Objetivo del cargo auditoría de cuentas médicas

Garantizar el correcto conteo y verificación de manera manual y sistematizada de medicamentos, líquidos e insumos utilizados en los diferentes servicios de atención con el fin de que exista un adecuado proceso de facturación que minimice causales de glosas.

5.1.14 Responsabilidades

- Verificar en la historia clínica, prefectura y concurrencia que coincida los datos de identificación, tiempo de hospitalización, fecha de ingreso y egreso.
- Revisar si se le realizó al paciente procedimientos quirúrgicos, no quirúrgicos, exámenes y/o procedimientos de radiología, medicina nuclear, neumología, gastroenterología, hemodinamia, cardiología y unidad renal para identificar que insumos o medicamentos se utilizaron, verificando tanto en la historia clínica, prefectura y concurrencia.
- Realizar el conteo detallado de medicamentos y líquidos que se encuentren registrados en las plantillas de Hospital confrontando que este soportada la misma cantidad de medicamentos y líquidos en la prefectura.
- Confirmar con el protocolo de medicamentos institucional que se cumpla la adecuada aplicación de medicamentos incluyendo dosificación, dilución, equipos de infusión y horas de infusión. Verificar y garantizar el correcto diligenciamiento de los formatos protocolizados: Hoja de control

de oxígeno, relación de hemocomponentes, hoja de gastos de cirugía, hemodinamia y unidad renal, hoja registro de medicamentos, hoja de irrigación vesical y sabanas de UCI (adultos y pediátricos).

- Verificar los tarifarios ISS Resolución 256 de 2001 y SOAT vigente decreto 2423 de 1996, para confirmar los cobros de anestésicos, cirugías mayor del grupo 20 y 23 para SOAT y cirugía mayor de 170 UVR en ISS.
- Comprobar que la hoja de gastos de cirugía este bien diligenciada y tenga todos los insumos cobrados y relación con la prefactura. Comparar el material de osteosíntesis que aparece consignado en la hoja de gastos con la descripción quirúrgica de Ortopedia y prefactura.

5.1.15 Perfil del cargo

Profesional de área administrativa o de la salud. Con especialización preferiblemente en auditoria o gerencia de servicios de salud.

5.2 MARCO ETICO

El talento humano de auditora de cuentas medicas La Nueva Clinica San Sebastian son Enfermeras plenamente capacitadas para el desempeño integral u holístico de su función garantizando la pertinencia, calidad y oportunidad de la atención brinda, de ahí parte la importancia de soportar esta investigación con el marco ético.

Ley 911 de 2004 (octubre 5 de 6 de octubre de 2004): Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidades deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Según esta ley es indispensable que el profesional encargado del área de glosas, guarde el secreto profesional,

la confidencialidad y la ética, frente a los documentos y temas institucionales de la Nueva Clínica San Sebastián.¹⁵

Ley 266 de 1996 (Enero 25): La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

5.3 MARCO LEGAL

En el marco legal del proyecto, se toma en cuenta que las entidades de salud pública o privada, funcionan a través de políticas públicas que permiten el desarrollo de sus funciones, haciendo que la prestación de los servicios sean oportunos y los más integrales posibles; son muy diversas las normas y leyes de tipo legal que le dan respaldo a los procesos asistenciales y administrativos.

- **Constitución política de Colombia, 1991: El artículo 269:** Establece que las instituciones de salud están obligadas a poner en práctica normas, métodos y procedimientos de control interno. **Artículo 48:** Define la seguridad social como un servicio público, bajo la dirección coordinación control y del estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. **Artículo 49:** Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.¹⁶

¹⁵ LEY 911 DE 2004 (octubre 5)

Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 EL CONGRESO DE COLOMBIA http://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf

¹⁶ Constitución Política de Colombia www.coreteconstitucional.gov.co

- **Ley 87 de 1993:** Establece que “ el control es el sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes”. “El ejercicio del control interno debe consultar los principios de: igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales”, la misma ley en su artículo 2º. Plantea que le control interno se orienta a: “Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características”. El artículo 12º, correspondiente a las funciones del jefe de control interno, enfatiza la necesidad de verificar “que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución”. Así mismo establece, “verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y sistemas de información de la entidad”.

- **Ley 100 de 1993:** Es la ley marco del actual Sistema de Seguridad Social. Establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y 4 participación comunitaria. En el artículo 153, se determina: “El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios de calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”. Así mismo establece las funciones del gobierno nacional y sus entes, en lo que concierne a promover, desarrollar y reglamentar la auditoría de los servicios de salud, la auditoría de gestión y el control interno en las instituciones de salud.

Artículo 153: fundamentos del servicio público: dentro de los cuales se encuentra la equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. La calidad caracterizada como la atención

oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Artículo 178: dentro de las funciones de las entidades promotoras de salud se incluyen: “establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud”

Artículo 227: control y evaluación de la calidad del servicio de salud: establece la responsabilidad del gobierno de definir en sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.¹⁷

- **Ley 1164 de 3 octubre 2007:** “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”.

- **Ley estatutaria 1751 de 16 febrero 2015: Artículo 65:** Política de atención integral en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio. Cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones

¹⁷ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. ¹⁸

- **Resolución 4252 de 1997:** Por la cual se establece las normas técnicas, científicas y administrativas que contiene los requisitos esenciales para la prestación de servicio de salud, se fija el procedimiento del registro de la declaración de requisitos esenciales y se dictan otras disposiciones. En el **artículo 7º:** establece que las IPS cumplan los siguientes Requisitos administrativos:

- Declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios.
- Estructura orgánica y funcional
- Autonomía administrativa
- Manual de procesos
- Normas de procedimientos
- Manual de funciones
- Reglamento interno de trabajo
- Revisor fiscal

- **Resolución 1995 de 1999:** “Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica”.

- **Resolución 1043 de 2006:** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 1445 de 2006:** Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus anexos técnicos 1 y 2. Página 12 de 55 **control y mejora manual de auditorías para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)** Anexo 1 de la Resolución 1145 de

¹⁸ http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/ley_1753_de_2015_-_ley_del_plan_nacional_de_desarrollo_2014_-_2018.pdf

2006, por la cual se expiden los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Anexo 2 de la Resolución 1145 de 2006: Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud.

- **Resolución 2003 del 2014:** Procesos Prioritarios. Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

- **Decreto 1011 del 2006 (Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS – SOGC):** El decreto 1011 del 2006 de 2002 define el “sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del SGSSS” como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Define la atención en salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Determina como características de calidad de la atención en salud: **Accesibilidad, oportunidad, Seguridad, Pertinencia, y Continuidad.**

Establece como componentes del SOGC:

- El sistema único de habilitación.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- El sistema de Información para la calidad.
- El sistema único de acreditación. ¹⁹

¹⁹ Decreto 1011 de 2006 (abril 3)

- **Decreto 4295 de 2007:** Por lo cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. “Artículo 1º. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud y las Empresas Administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

PARAGRAFO. El ministerio de Protección Social expedirá las Guías Aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustara las normas técnicas en el marco de la ley 872 de 2003”, Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para las IPS de carácter público. En sus apartes reza, entre otras:

“Implementar el componente de Acreditación en Salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el ciclo de preparación para la Acreditación o ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados”

“Implementar en la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 y en las pautas indicativas de auditorías expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación”.

- **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”.

- **Decreto 2423 Del 31 De Diciembre De 1996 tarifas SOAT:** Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Este decreto determina que será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas. Las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.²⁰

- **Manual De Actividades, Intervenciones Y Procedimientos Del Pos (MAPIPOS):** Busca unificar el plan de atenciones en todas las instituciones y según los niveles de estas que son:

Nivel I: Tiene médico general, odontólogo, enfermera. Son de ubicación rural y local. Cubre cirugías categorías 1, 2 y 3.

Nivel II: Además de lo anterior, posee las cuatro especialidades básicas; medicina interna, ortopedia, pediatría y gineco-obstetricia. Son de ubicación regional y local. Cubre cirugías categorías 4, 5, 6, 7, 8 y 9.

Nivel III: además de lo anterior posee el resto de las especialidades y subespecialidades. Son de ubicación regional y más general. Cubre cirugías de la categoría 9 en adelante.

Nivel IV: posee además atención en cuanto a enfermedades ruinosas y catastróficas.

- **Manual Tarifario ISS. Acuerdo 256 de 2001:** En la actualidad, las tarifas con que se facturan generalmente los servicios de salud son las tarifas contenidas en el Acuerdo 256 de 2001, más conocido como manual tarifario del ISS. Fueron tarifas establecidas hace años para pagar servicios prestados en ese entonces al Seguro Social (la EPS pública, que ahora está en extinción y que no tenía ánimo de lucro y, por tanto, pagaba

²⁰ <https://es.scribd.com/doc/149101268/Manual-Tarifario-ISS-Acuerdo-256-de-2001-doc>

tarifas muy modestas). El manual estableció tarifas módicas para determinar el valor a pagar por los servicios de salud (consultas, procedimientos, cirugías, etc.), ya que obviamente debían ajustarse a los precios que impone la economía de mercado a la hora de negociar precios por volumen (o sea, las bajistas ganancias se podrían compensar con un gran volumen de actividades). Pero fueron tarifas que tuvieron vigencia a partir de su fecha de expedición (finales del 2001), sin tener en cuenta los ajustes por inflación venidera de año en año.

5.4 MARCO CONCEPTUAL

Para el desarrollo de esta investigación es importante tener claridad de terminología más relevante que facilite la comprensión del lector.

- **La auditoría en salud:** Desde 1983 se aplicaron los primeros estudios de evaluación de historia clínica médica y de revisión de la adecuación del uso de la cama hospitalaria, ya ha transcurrido casi un siglo desde que EA Codman proponía y aplicaba, métodos de evaluación de los resultados clínicos de la atención como estrategia para el mejoramiento de la atención y la diferenciación competitiva sobre la base de la calidad de los prestadores.

Por tanto convertir la auditoría en una herramienta de gestión implica que el auditor y su organización, así como los auditados conozcan los elementos básicos que caracterizan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como que sepa utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

Además a partir del año 1993 cuando se produjo la ley 100, la cual origino grandes reformas en el sector salud, que conllevaron a la obligatoriedad del control interno y la auditoría médica para las instituciones del sector, convirtiendo el concepto de calidad en una constante para quien brinda el servicio y para el usuario quien lo recibe .²¹

Entonces todas las entidades que forman parte del SGSSS deben establecer procesos de auditoría médica la cual debe ser entendida como la evaluación sistemática de la atención en salud con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios.

Tenido en cuenta este panorama, el decreto 1011 de 2006 la auditoria en salud debe trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo- efectivas, combinando técnicas de auditoria (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad), con el despliegue de comités; evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo, a través de los diferentes modelos de Auditoría existentes, como son La Auditoria Retrospectiva, La Auditoria Concurrente (In Situ) y La Auditoria Prospectiva.

- **Auditoria de calidad:** La auditoria de calidad es la verificación de que lo propuesto en un sistema de calidad de una institución, efectivamente si se da y cumple objetivamente en la realidad. La auditoria no es solo la verificación de una lista de variables sino que busca asegurar que se cumplen los objetivos propuestos. Esto tiene especial cumplimiento, sino valorar los faltantes con respecto a la calidad y aceptar compromisos de mejoramiento. No se debe confundir el concepto de auditoria con el de intervectoria que esta relacionado con el estricto cumplimiento de un contrato y las sensaciones ante su incumplimiento. Tiene un carácter de vigilancia punitiva.²²

²¹ Recopilación de Conceptos, Opiniones de algunos autores de auditoria. Rol Profesional de auditoria en la Atención Primaria de la Salud. 1 ed. Canadá: Documento Marco. 2002.P

²² Recopilación de Conceptos, Opiniones de algunos autores de auditoria. Rol Profesional de auditoria en la Atención Primaria de la Salud. 1 ed. Canadá: Documento Marco. 2002.

- **Auditoría médica concurrente:** El control lo realiza el Médico Auditor en terreno, registrando sus observaciones en una ficha de auditoría, siguiendo el formato de una historia clínica o bien las modalidades más breves, registrando los aspectos principales que merezcan observación. Esta información será de valor para el médico auditor de facturación al momento de examinar la misma. En el informe debe consignar los datos que son imprescindibles a los fines de la evaluación posterior. Las conclusiones cobran singular importancia al determinar observaciones y procedencias en el análisis de facturación.

➤ **Clases de auditoría**

La Auditoría es la confrontación de determinadas actividades con pautas consideradas adecuadas por ser aceptadas y eficientes. Con el uso de su metodología operativa, se compara el grado de la calidad de la atención proporcionada, con pautas o normas que son los principios y prácticas aceptadas como correctas por la profesión.

El término de “Auditor” (persona que ejecuta la Auditoría) proviene del latín “auditus” con el que se define "el acto de oír". Por ello Ud. puede derivar el concepto que para ser auditor

- ✓ **Auditoría Médica:** Es un proceso de evaluación continuo, sistemático y objetivo de la atención médica, con base en el análisis crítico de la historia clínica, cuya finalidad principal es controlar la calidad de la atención en salud, contribuir a la educación de manera continua de los profesionales de la salud y estimular la excelencia profesional. La especialidad médica denominada “Auditoría” ha sido definida Como el “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”
- ✓ **Auditoría Clínica:** Es un proceso de evaluación retrospectivo que cubre la totalidad de la prestación de un servicio de salud dado, en sus tres

componentes estructura, proceso y resultado. Al auditoría médica y la auditoría clínica son usadas a menudo de igual manera, pero la auditoría clínica podría considerarse que cubre todos los aspectos de la atención clínica, mientras que la auditoría médica se relaciona con la práctica usada directamente por los médicos.

- ✓ **Auditoria Administrativa:** Es el examen sistemático de la organización para evaluar su proceso gerencial, logro de objetivos, procedimientos, valores corporativos, instalaciones y equipos, que determinan el cumplimiento de su misión.

- ✓ **Auditoria Operativa:** También se llama auditoria gerencial, de gestión, de racionalidad económica, por medio de ella se trata de determinar si la correspondiente entidad o institución utiliza óptimamente o con criterio económico, los recursos productivos puestos a su disposición; esto es, si la relación por cociente entre los bienes y servicios producidos y los recursos utilizados en su producción es la máxima, analizando las causas y posibles remedios de las situaciones ineficientes.

- ✓ **Auditoria Financiera:** Es el examen objetivo, sistemático de los estados financieros básicos, tales como: Balance general, Estado de resultados, estado de utilidades y estado por flujo inefectivo.²³

- ✓ **Auditoria Interna:** Es la efectuada por personal que tiene relación de tendencia laboral con la empresa o entidad. No obstante este personal es independiente de los elementos objetos de su examen.

- ✓ **Auditoria Externa:** Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad.

²³ Recopilación de Conceptos, Opiniones de algunos autores de auditoria. Rol Profesional de auditoria en la Atención Primaria de la Salud. 1 ed. Canadá: Documento Marco. 2002.P

- **Eficacia:** Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la disponibilidad, accesibilidad, cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos.
- **Eficiencia:** Califica relación entre el logro de un Objetivo y el Recurso utilizado. Se mide con factores como el Costo, Utilización, Productividad, Rendimiento y Beneficio.
- **Equipo administrativo:** Grupo de personas dedicadas a acciones de guía, coordinación y dirección de una institución, orientadas hacia la mejora de sus objetivos y el cumplimiento de sus fines.
- **Estándar:** Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.²⁴
- **Formato de registro:** Es un impreso que se emplea para anotar resultados obtenidos o evidencias de actividades desempeñadas.
- **ERP:** Empresa responsable de pago son todas aquellas entidades que asumen los gastos generados de la atención del paciente en los servicios de salud como son: EPS, FOSYGA, Aseguradoras (ARL, SOAT, entre otras).
- **NO POS:** Son todos los medicamentos, insumos y/o procedimientos que no se encuentren estipulados dentro del plan obligatorio de salud en Colombia.
- **Estancia:** Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama hospitalaria, para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas.

²⁴ Recopilación de Conceptos, Opiniones de algunos autores de auditoria. Rol Profesional de auditoria en la Atención Primaria de la Salud. 1 ed. Canadá: Documento Marco. 2002.P

- **Urgencia vital:** Toda condición clínica que implique riesgo de muerte o secuela funcional grave, la atención debe ser inmediata e impostergable.
- **Honorarios médicos:** Es la atención brindada por el personal médico para el manejo diario del paciente hospitalizado.
- **Honorarios de nutrición:** Comprende la asistencia intrahospitalaria por nutrición y dietética para establecer el tipo de dieta oral adecuada al estado del Paciente, de acuerdo con el diagnóstico, la orden médica, tolerancia y estado nutricional; igualmente la programación de fórmulas lácteas.
- **Nutrición enteral:** Son preparados líquidos que penetran al tubo digestivo a través de la cavidad oral o mediante sonda.
- **Nutrición parenteral:** Consiste en tratamiento endovenoso destinado a reponer o mantener el estado nutricional. Se usa en pacientes cuyo tracto gastrointestinal no está funcionando (no es apto). Existen dos modalidades: la nutrición parenteral central y la periférica.
- **Gastroclisis:** Es el método por el cual se aplica el alimento a la cavidad gástrica por medio de una sonda. Consiste en administrar alimentos al paciente directamente al estómago, para mejorar su estado nutricional.
- **Interconsulta:** El reconocimiento de interconsulta se causa únicamente en el caso de que con fines de aclarar un diagnóstico o establecer un tratamiento, se requiera del concepto de otro profesional, sea en los servicios de consulta, hospitalización o de urgencias, siempre y cuando sea de especialidad o subespecialización distinta a la del médico tratante. No habrá derecho a reconocimiento de interconsulta, cuando esta origine la práctica de intervención o procedimiento que deba realizar el especialista consultado

5.5 MARCO INSTITUCIONAL

La institución en la cual se realizara la intervención, está fundada sobre una cultura corporativa que desde unas políticas, principios, valores, creencias permiten el funcionamiento integral de la entidad. Por lo tanto dicha información se toma como referente institucional.

5.5.1 Historica

El 11 de julio de 1978, médicos asociados inicia sus actividades, se inauguró la Clínica Federmán, desempeñándose como Clínica general- atención a pacientes particulares y en el año de 1990 cambia de enfoque cambia y la empresa se vincula a la contratación oficial, poco tiempo después que la medicina privada desaparecería casi totalmente.

El primero de febrero de 1991 la Clínica Fundadores inicia labores siendo habilitada para prestar servicios de IV nivel de complejidad. En el transcurso de estos 19 años de trabajo ha tenido cambio y remodelaciones para su renovación, contando con una excelente infraestructura, dotación tecnológica y grupo de especialistas para prestar un servicio con calidad y seguridad.

De 1991 a 1993 Médicos Asociados S.A. se enfoca en la atención del Régimen de excepción a través de la prestación de servicios médicos asistenciales a los docentes afiliados y pensionados del Magisterio de Bogotá y del Dpto. Cundinamarca, así como de los afiliados y beneficiarios del Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, de esta manera se convierte en pioneros en atención de patologías de IV Nivel de atención.

En 1994, la cobertura llego a otros Dpto. con Ferrocarriles y Magisterio de Cundinamarca, ampliándose la atención al Dpto. de Boyacá.

El 29 de mayo de 1995, la CLINICA SAN SEBASTIÁN GIRARDOT abrió sus puertas por primera vez para prestar servicios de I a IV nivel de complejidad. Esta clínica fue creada para la atención de la población de Girardot y su zona de influencia, en la actualidad trata patologías de alta complejidad. Se ha intervenido en infraestructura y tecnología de punta para atender satisfactoriamente todas las necesidades de salud de los afiliados en la región, ofreciendo servicios en todas las especialidades.

En el 2002, la Clínica Federmann deja de prestar servicios generales y orienta sus actividades a tres especialidades: Ginecología, Pediatría y Obstetricia de IV nivel de complejidad.

En enero de 2008, entro en funcionamiento el Instituto Medico de Especialistas Fundadores (IMEF), destinado para la atención de consulta externa, consulta prioritaria, el club de salud, el dpto. de fisioterapia, la clínica del dolor y la unidad renal.

El 15 de diciembre de 2009, se inauguró el Instituto médico de Especialistas Girardot (IMEG), allí funciona el servicio de consulta externa de medicina general y especializada, los consultorios odontológicos, el Dpto. de terapia física y rehabilitación cardiaca, el servicio de terapia del lenguaje y terapia ocupacional, el centro cardiovascular, el centro de neurológico, Dpto. de oncología clínica, la unidad de medicina nuclear, el servicio de promoción y prevención, la farmacia y central de mezcla; además funciona oficinas administrativas de la clínica.

TORRE 1

- 6° piso: 33 camas hospitalarias en unión con la torre 3. Cuenta con 2 facturadores, 1 auditora y 1 auxiliar de conteo de medicamentos.
- 5° piso: 44 camas hospitalarias en unión con la torre 3. Cuenta con 4 facturadores, 1 auditora y 1 auxiliar de conteo de medicamentos.

- 4° piso: Consulta de Urgencias, Observación y Hospitalización pediátrica (16 camas), UCI neonatal y pediátrica. En el área de facturación cuenta con 1 facturadora, 1 auditora y 1 auxiliar de conteo de medicamentos.
- 3° piso: Ginecología y obstetricia 22 camas (Atención partos 2 salas), UCI Adultos (20 camas en unión con el 2 piso), en su área de facturación cuenta con 2 facturadoras, 2 auditoras y 1 auxiliar de conteo de medicamentos.
- 2° piso: 6 salas de cirugía y recuperación, central de esterilización, UCI Adultos 20 camas (en unión con el 3 piso), que cuenta con 1 facturador, 1 auditora y 1 auxiliar de conteo de medicamentos.
- 1° piso: Unidad renal, imágenes diagnóstica, laboratorio clínico, servicio transfusional, cafetería y recepción.
- Sótano1: El área de Urgencias cuenta con 3 facturadores y una Auditora, observación hombres y mujeres tiene una facturadora y la Auditora es la de Urgencias.
- Sub Sótano: Farmacia hospitalaria, Bodega, Mantenimiento, Gestión Ambiental y sanitaria, depósito de cadáver.

TORRE 2 –IMEG

El 15 de Diciembre del 2009 se inauguró un moderno edificio que lleva el nombre de Instituto de Medicina Especializada de Girardot “IMEG” reservado para consulta externa y apoyo diagnóstico.

- 7° Piso: Gestión de calidad, sistemas, costos, control interno, jurídica, compras y suministros y salud ocupacional.
- 6° Piso: gerencia, dirección médica y administrativa y mercadeo.
- 4°, 5°, 6° Piso: consulta externa especializada.
- 3° Piso: 31 camas de hospitalización adultos.
- 2° Piso: 10 camas de uci adultos, cardiología, electrofisiología, hemodinámica e intervencionismo periférico y terapia respiratoria. Esta área cuenta con 2 facturadores, 1 auditor y 1 auxiliar de conteo de medicamentos.

- 1° Piso: terapias, odontología, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, farmacia.
- Subotano: servicios de alimentación, lavandería y servicios generales.
- Sótano 1: medicina nuclear, centro de investigación y archivo de historias clínicas.
- Sótano 2: Área de facturación donde se encuentra: Coordinación de facturación, Área de glosas que cuenta con 2 auditoras y 4 auxiliares administrativas, Acopio que cuenta con 4 auxiliares administrativos

TORRE 3

Esta torre se ha venido habilitando progresivamente por pisos iniciando por urgencias el 01 de Marzo del 2012, el 04 de Mayo de 2012 Imágenes Diagnosticas, luego el 21 de Octubre del 2012 el 6 piso, el 5 piso el 03 de Enero de 2013, y el cuarto piso el 11 de Abril de 2013. Se construyó como complemento a la torre 1 para la ampliación de los servicios de hospitalización:

- 22 camas hospitalarias en el 6 piso
- 17 Camas en el 5°, UCI Pediátrica, neonatal y lactario
- 4° piso, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico
- 3°, Salas de Cirugía
- 2° piso, Imágenes Diagnosticas
- 1 piso y Urgencias en el semisótano.

La evolución de la empresa ha sido satisfactoria a través de estos 33 años, como lo muestra el crecimiento progresivo de su fortaleza laboral. Inició labores con tan solo 12 empleados y actualmente, supera los 2.000 empleos directos y una cifra significativa de indirectos. Un número importante de trabajadores ya se han retirado por haber cumplido su tiempo de pensión, otros están próximos a hacerlo y, por lo menos, un 10 por ciento del personal que labora actualmente, supero los 20 años de servicio. Esto muestra la excelente estabilidad laboral de la empresa.

Finalmente, conviene señalar, que la compañía a lo largo de su existencia ha tenido algunos cambios en su razón social. Primero se llamó Castillo y Asociados Ltda. Luego Organización Castillo y Asociados Ltda. y, actualmente, Médicos Asociados S.A.

5.5.2 Estructura corporativa de la NCSS

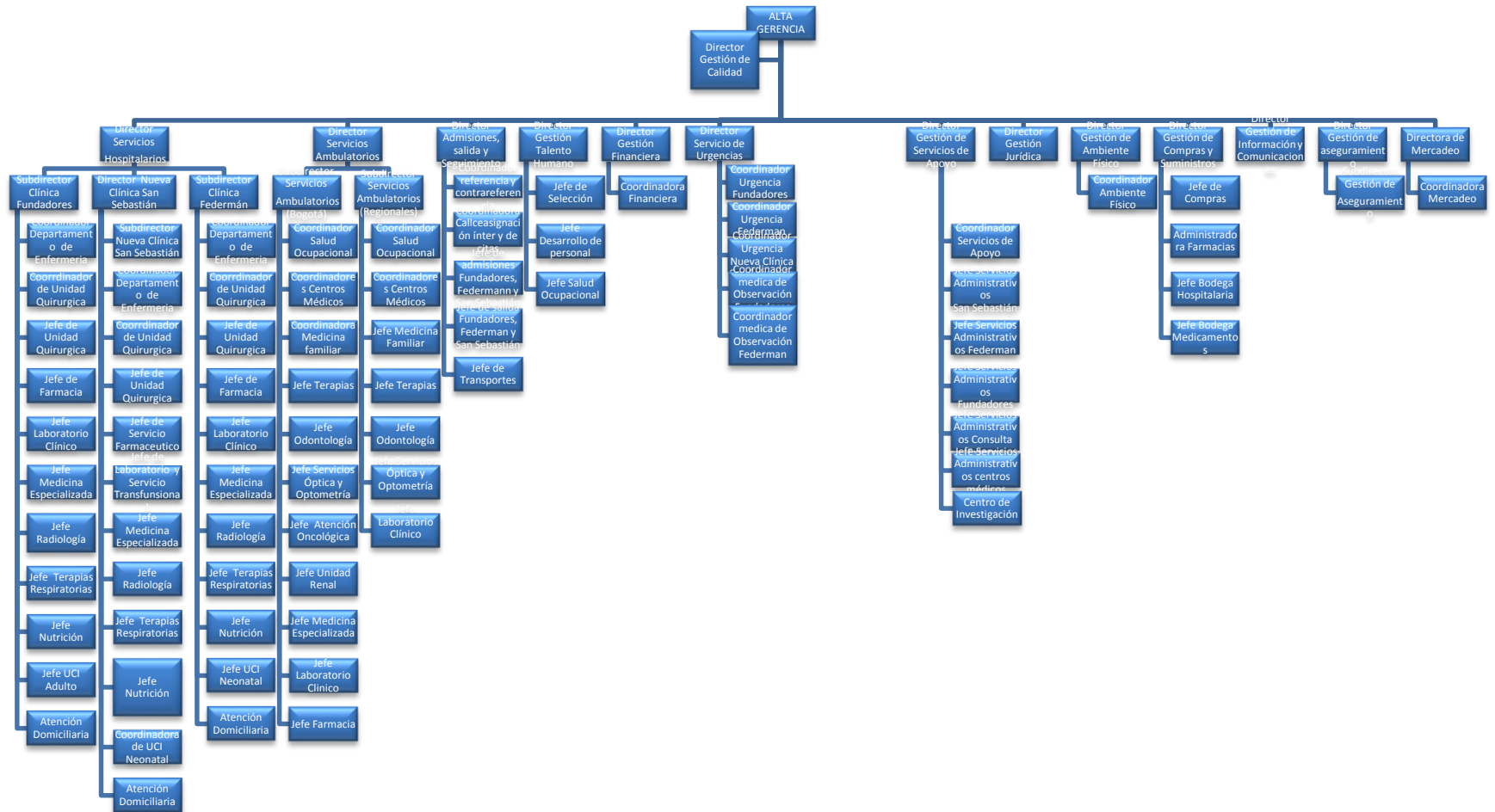
- **Misión**

Somos una organización prestadora de servicios de salud multi - especializados en la zona centro de Colombia, focalizados en el bienestar de los usuarios y sus familias, mediante la atención integral de sus necesidades en salud y un permanente espíritu de innovación que promueve la docencia y la investigación, con los más altos estándares de calidad a través de procesos confiables y cálidos, con énfasis en el desarrollo del talento humano, equipos de alto rendimiento y la innovación tecnológica centrada en el usuario.

- **Visión**

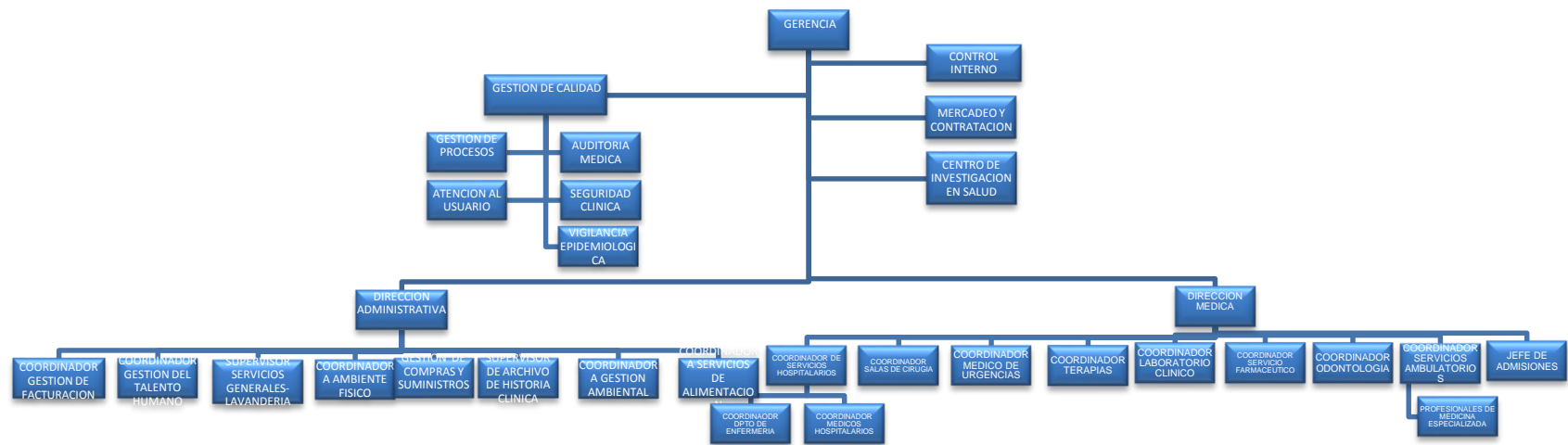
En el 2017 seremos reconocidos por la gestión de soluciones innovadoras relacionadas con la atención, educación e investigación en salud, garantizando el bienestar para nuestros clientes.

5.5.3. Organigrama de medicos asociados S.A



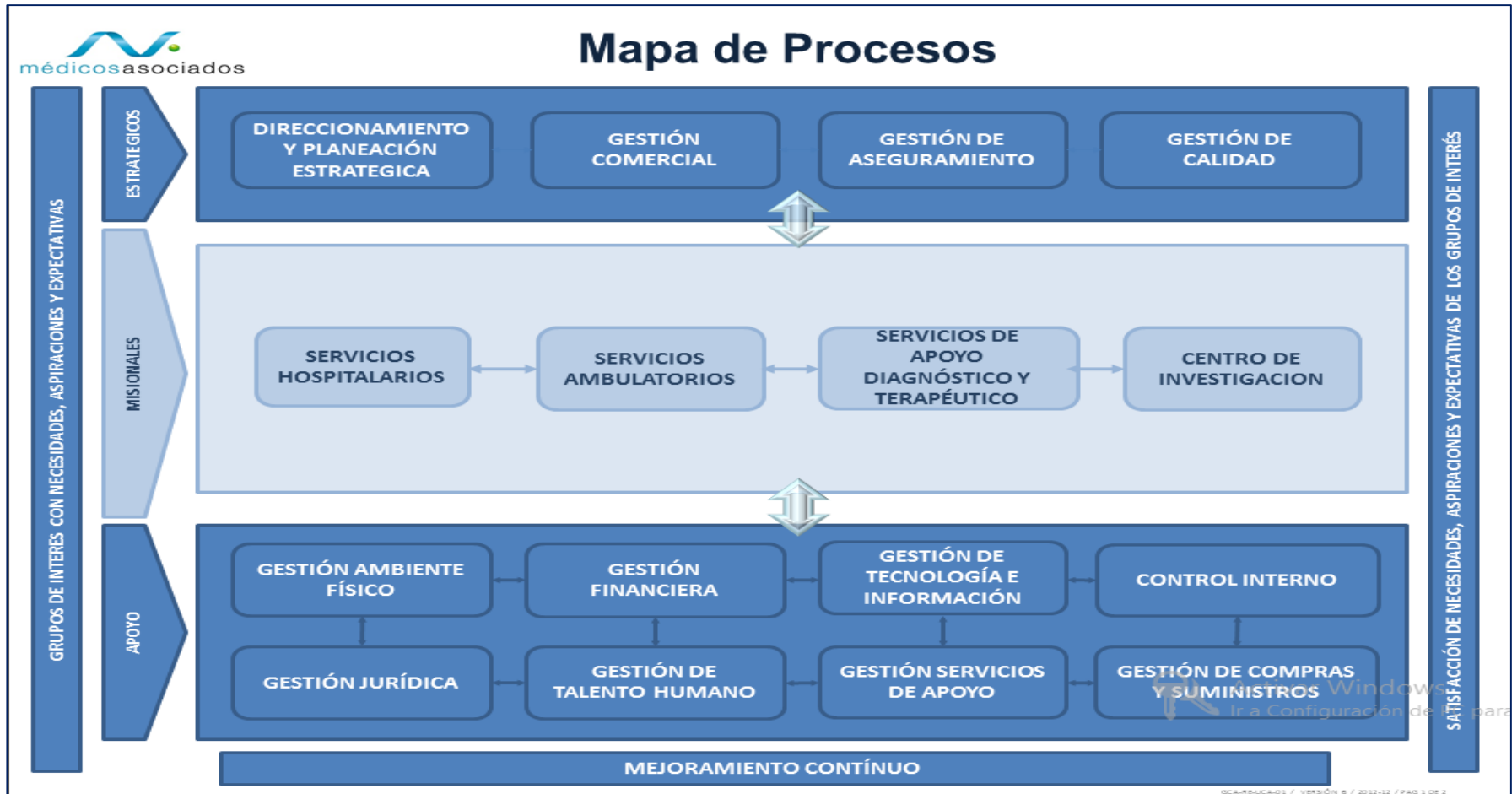
Fuente: Plataforma estratégica Nueva Clínica San Sebastian, 2014

5.5.4 Organigrama Nueva Clinica San Sebastian



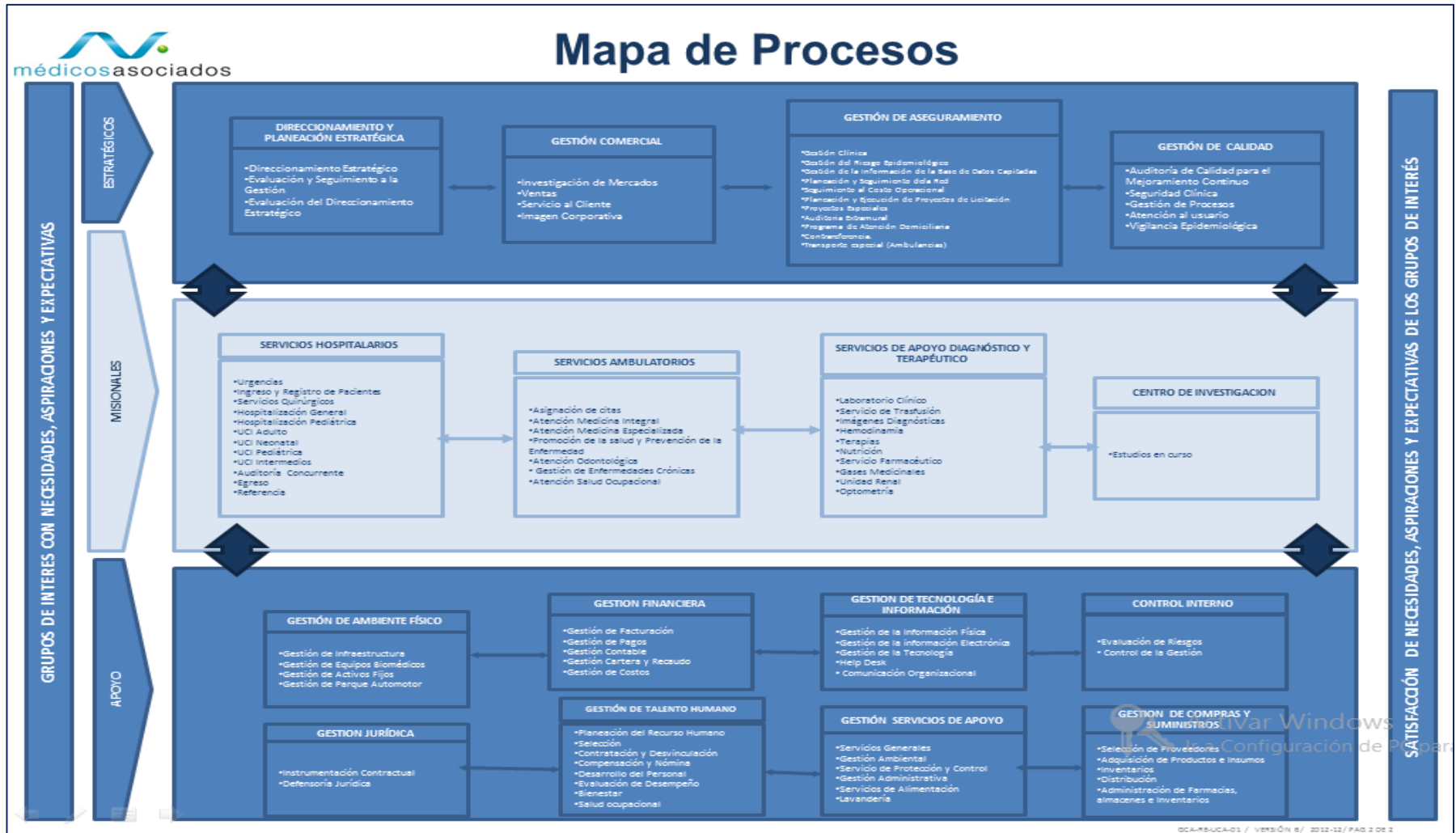
Fuente: Plataforma estratégica Nueva Clinica San Sebastian, 2014

5.5.5. Mapa de procesos



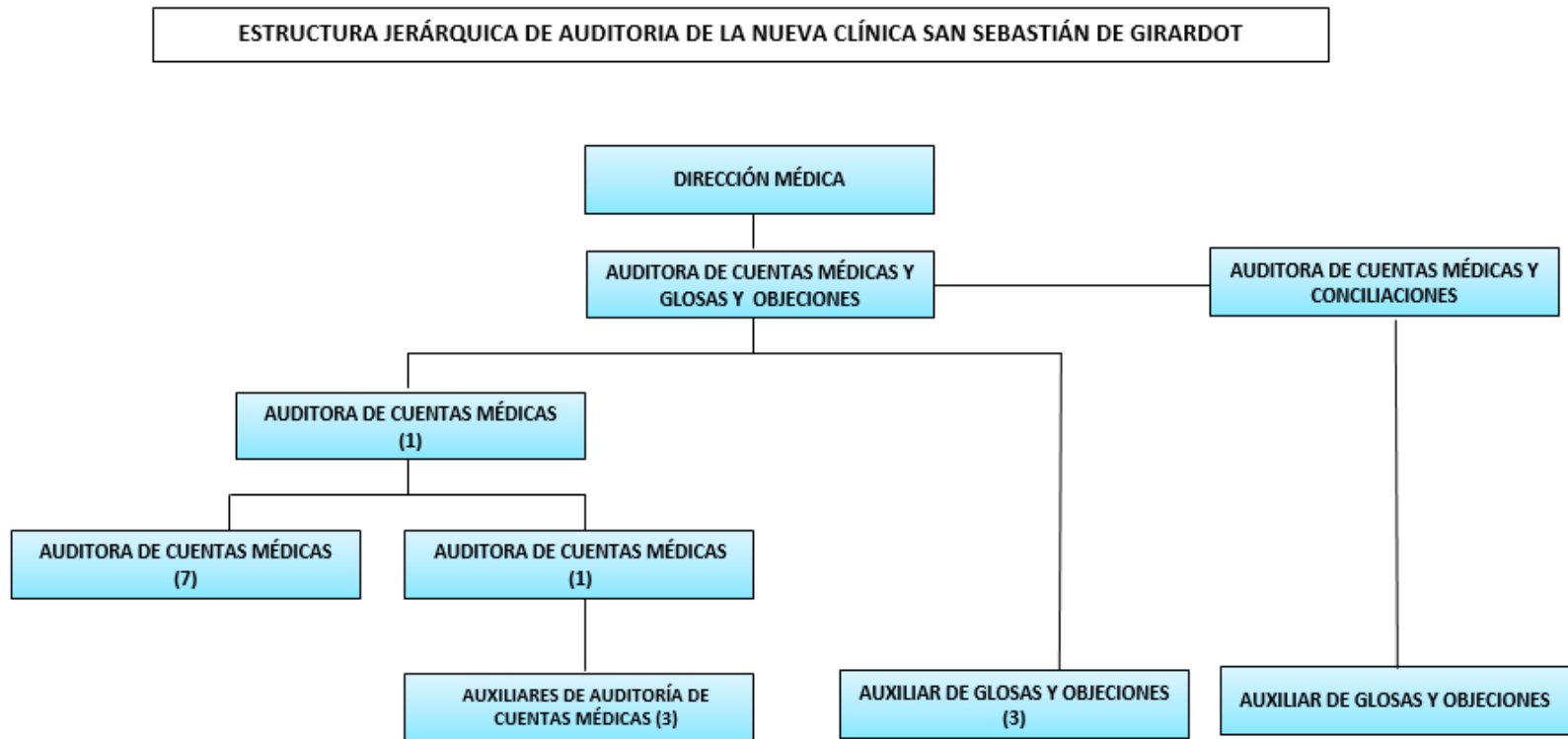
Fuente: Plataforma estratégica Nueva Clinica San Sebastian, 2014

Mapa de Procesos



Fuente: Plataforma estratégica Nueva Clinica San Sebastian, 2014

5.5.6 Organigrama de auditoria



Pendiente: proceso de estandarización, diciembre 2016

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

6.2 UNIVERSO

Talento humano que labora actualmente en el área de auditoria de cuentas medicas en la Nueva Clínica San Sebastián.

6.3 POBLACION

Talento humano profesional y auxiliar que labora en el área de auditoria de concurrencia de la Nueva Clínica San Sebastián

6.4 MUESTRA

100% talento humano profesional de auditoras de concurrencia de la Nueva Clínica San Sebastián.

6.5 RECOLECCION DE DATOS

La observación directa de cada uno de los profesionales de auditorias de cuentas medicas con sus respectivas funciones, la participación en los procesos administrativos de auditoria de cuentas medicas, la entrevista individual para conocer el proceso administrativo de auditoria de cuentas medicas con el respectivo acompañamiento de los pares externos e internos.

7. RECURSOS

RECURSOS	
MATERIALES	TALENTO HUMANO
Documentos manejados para la auditoría de concurrencia y de cuentas médicas, normatividad vigente, historias clínicas, equipo para tener acceso a revisión de historia clínica, espacio físico, fotocopias de auditoria concurrente.	Auditoras profesionales de concurrencia y de cuentas médicas, supervisora de auditoras, coordinadora de auditoras, dirección medica, par interno y externo de la universidad de Cundinamarca, enfermeras en formación y usuarios de los servicios.

8. EJECUCIÓN DEL PROYECTO

8.1 MANUAL DE PROCESOS AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS

En la siguiente imagen se evidencia una parte de manual de procesos de auditoria de cuentas médicas del talento humano profesional de la nueva clínica san sebastian donde queda sujeto a cambios según necesidad de la institución y monitorización continua para proceso de estandarización.

1. PROPOSITO

El propósito de este manual es establecer los mecanismos esenciales para el desempeño de las actividades del talento humano profesional y auxiliar de auditoría de cuentas médicas, apoyando el proceso de inducción y reinducción en el área; así mismo guía y conduce de manera clara y ordenada las actividades a desarrollar por el talento humano, con la finalidad de dar cumplimiento a las políticas de calidad, financiera y del talento humano establecidas en la Nueva Clínica San Sebastián.



2. INTRODUCCION

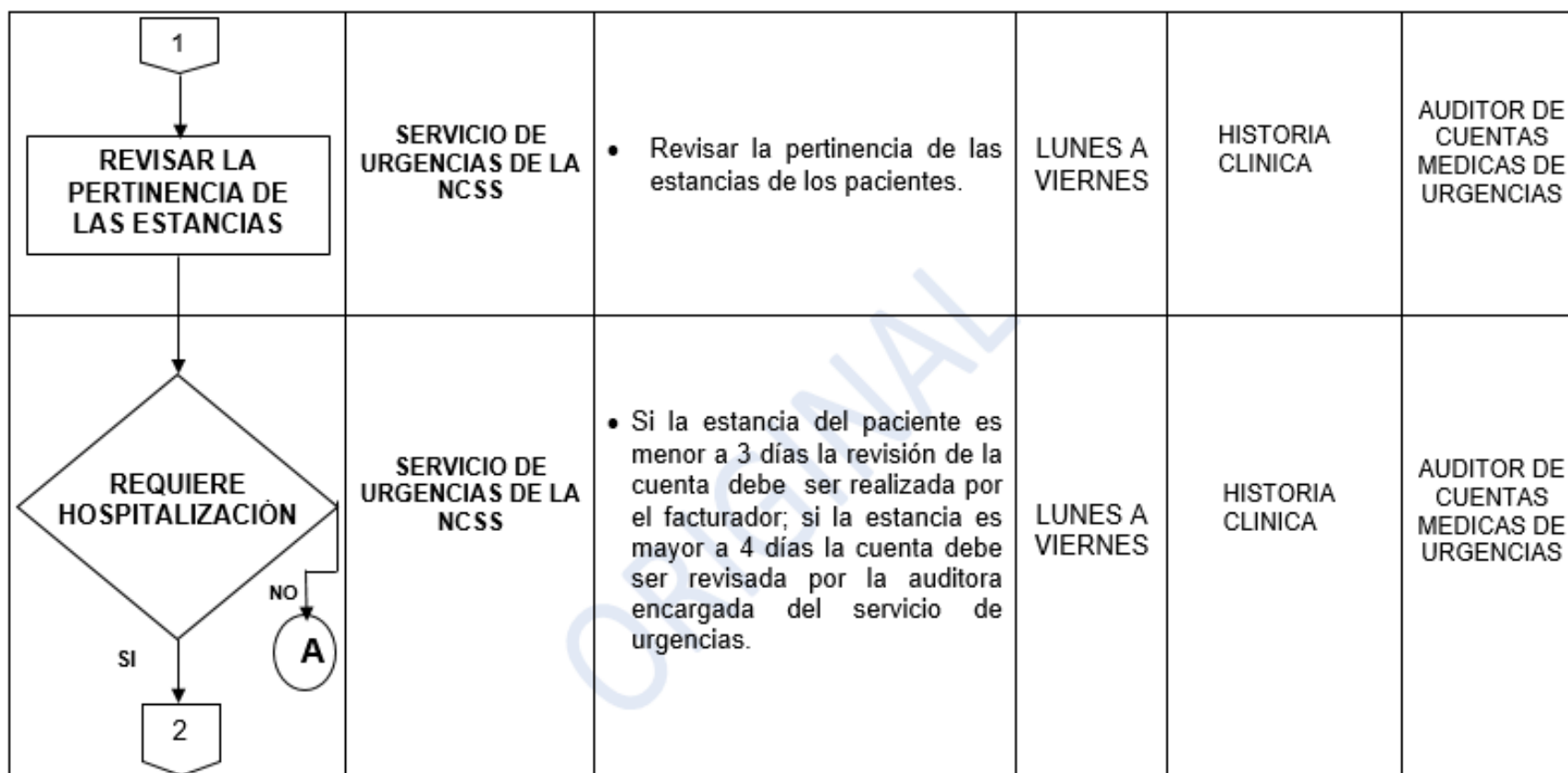
La auditoría en particular y el sistema de garantía de calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida como "el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación que se prestan a toda la población".

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece que las instituciones deben implementar la auditoría, y promover que éstas desarrollen acciones para la aplicación del modelo que operara en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa; los dos primeros operan en el nivel de microgestión, y el tercer nivel en el de mesogestión. De esta forma, el nivel óptimo en que actúa la auditoría es el **autocontrol**, que establece que "cada miembro de la entidad planee, ejecute, verifique y ajuste los procedimientos y procesos en los cuales participa, para que esto sea realizado de acuerdo a los estándares de calidad por la normatividad vigente y organización"; pero para lograr la cultura de autocontrol se requiere de la **auditoría interna** definida como una evaluación sistemática realizada en la misma institución, además por una instancia externa al proceso que se audita.

La Nueva Clínica San Sebastián Médicos Asociados S.A., es una organización prestadora de servicios de salud multi-especializados en la zona centro de Colombia, focalizados en el bienestar de los usuarios y sus familias, mediante la atención integral de sus necesidades en salud y un permanente espíritu de innovación que promueve la docencia y la investigación, con los más altos estándares de calidad a través de procesos confiables y cálidos, con énfasis en

8.2 PROCESO DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS.

		MANUAL DE PROCESOS AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS		Cód.: Versión: 1 Fecha Vigente: Página:17 de 32	
PROCESO ADMINISTRATIVO DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS					
QUE	DONDE	COMO	CUANDO	REGISTRO	QUIEN
	SERVICIO DE URGENCIAS DE LA NCSS	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe imprimir el cuadro de entrega de turno o censo del servicio en el que se realiza la auditoría; posteriormente se realiza el recibo de turno con el personal médico, interactuando y revisando restricciones administrativas. • Verificar los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Nombres y apellidos. ➤ Tipo y número de identificación. ➤ Número de cama. ➤ Edad. ➤ Diagnósticos. ➤ ERP. ➤ Fecha de ingreso. ➤ Días de estancia. 	LUNES A VIERNES	<ul style="list-style-type: none"> • CUADRO DE ENTREGA DE TURNO • HISTORIA CLINICA 	AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE URGENCIAS

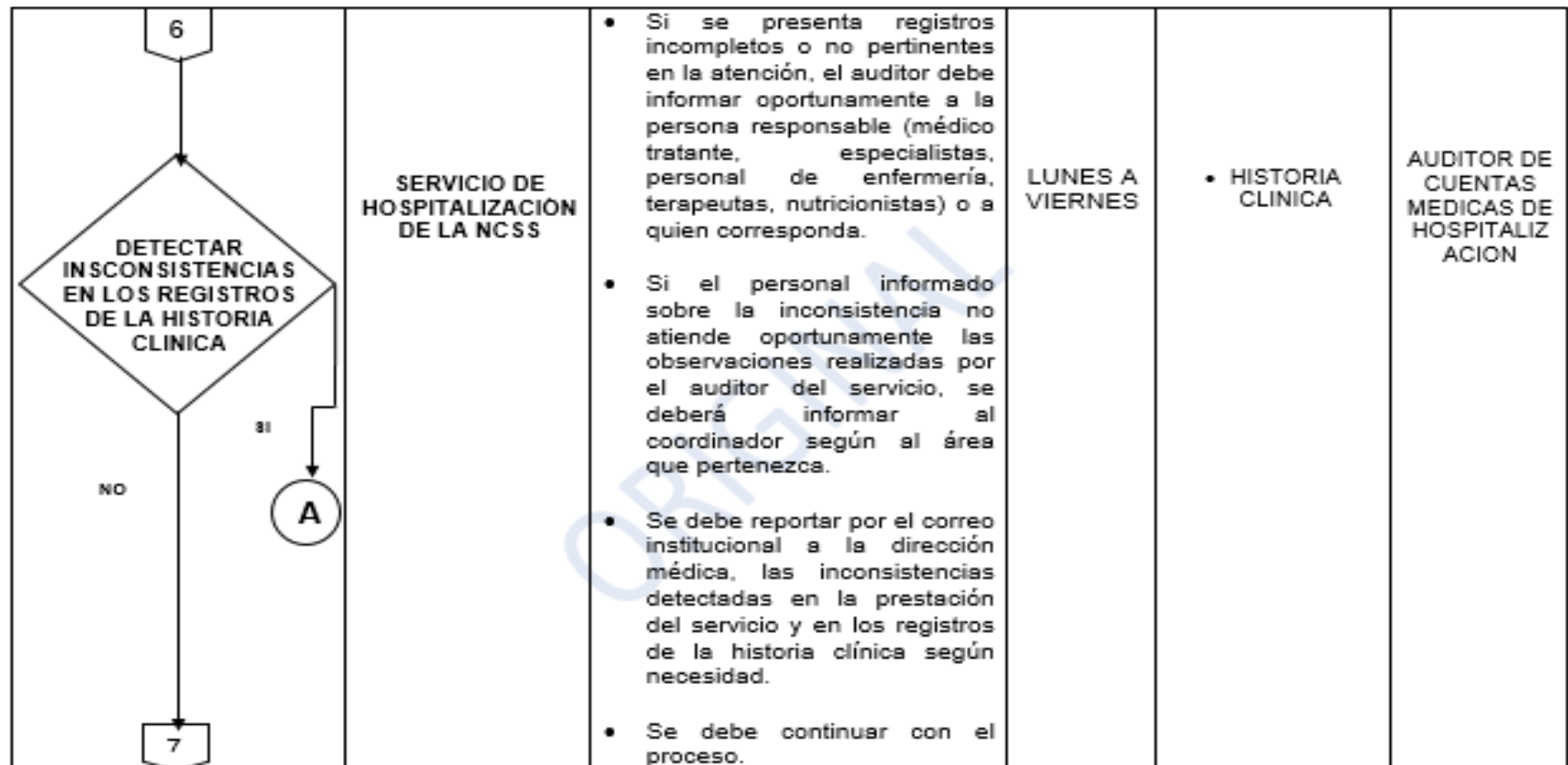


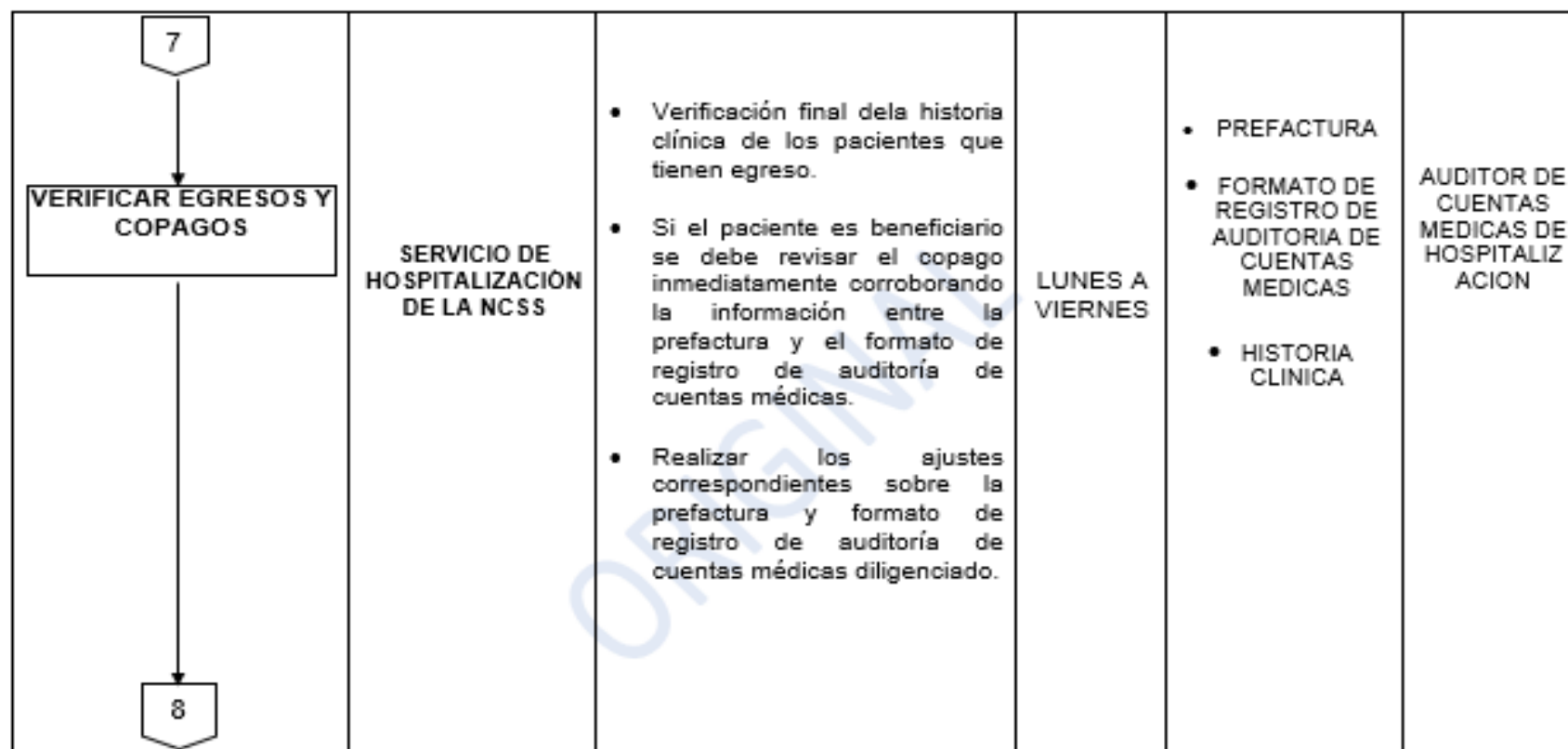
<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">APERTURA DEL FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS.</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE URGENCIAS DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar apertura y diligenciamiento del formato de registro de auditoría de cuentas médicas según el instructivo correspondiente a los pacientes que se le ha definido hospitalización. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS HISTORIA CLINICA 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE URGENCIAS FACTURADO R</p>
<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REVISAR LABORATORIOS CLINICOS, IMAGENES DIAGNOSTICAS, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y NO QUIRURGICOS.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">3</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE URGENCIAS DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revisar oportunidad y pertinencia de laboratorios clínicos, imágenes diagnósticas, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos; evidenciados y soportados en los registros de la historia clínica. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE URGENCIAS FACTURADO R</p>

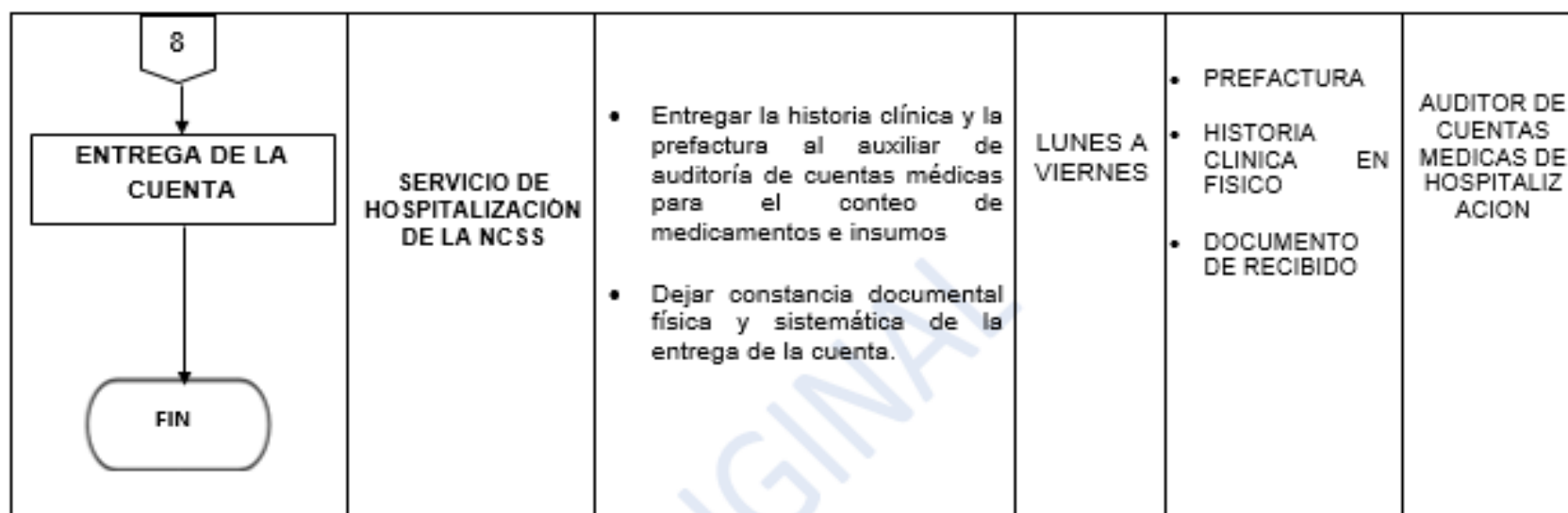
<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">SEGUIMIENTO AL NO POS DEL PACIENTE DE URGENCIAS</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE URGENCIAS DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento al no pos según el protocolo institucional. Revisar el diligenciamiento del no pos. Aplicar la lista de chequeo del correcto diligenciamiento de los formatos de medicamentos no pos NCSS. (GFI-FO-FAC-04 Versión 1 2015/10) Continuar con el proceso. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA LISTA DE CHEQUEO INSTITUCIONAL 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE URGENCIAS</p>
<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REVISAR PLAN DE MANEJO.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">4</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE URGENCIAS DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se debe revisar el plan de manejo médico en la historia clínica verificando pertinencia y oportunidad. En caso de presentar dudas se debe corroborar la información con el médico. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE URGENCIAS</p>

<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">ENTREGA DE LA HISTORIA CLINICA Y EL FORMATO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS.</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> El auditor de urgencias realiza entrega de la historia clínica y el formato de registro de auditoría de cuentas médicas correctamente diligenciado al auditor encargado del servicio donde se hospitaliza el paciente. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS HISTORIA CLINICA 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE HOSPITALIZACION</p>
<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">RECEPCIONAR Y CONTINUAR EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">5</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Recepcionar el formato entregado por parte del auditor(a) del servicio de urgencias y continuar con el oportuno y correcto diligenciamiento según su instructivo. El paciente que ingresa al servicio de hospitalización el fin de semana el auditor del servicio deberá realizar apertura y diligenciamiento del formato de registro de auditoría de cuentas médicas, revisando los registros de la historia clínica desde el ingreso a la institución. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS HISTORIA CLINICA 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE HOSPITALIZACION FACTURADOR</p>


<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">REVISION DIARIA DE LOS REGISTROS DE LA HISTORIA CLINICA</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> El auditor de cuentas médicas del servicio de hospitalización realiza la revisión diaria de los registros de la historia clínica evidenciando calidad, oportunidad y pertinencia. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<p style="text-align: center;">HISTORIA CLINICA</p>	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE HOSPITALIZACION</p> <p style="text-align: center;">FACTURADO R</p>
<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">SEGUIMIENTO AL NO POS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">6</p>	<p style="text-align: center;">SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE LA NCSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar seguimiento al no pos según el protocolo institucional. Revisar el diligenciamiento del no pos. Aplicar lista de chequeo del correcto diligenciamiento de los formatos de medicamentos no pos NCSS. (GFI-FO-FAC-04 Versión 1 2015/10) Continuar con el proceso. 	<p style="text-align: center;">LUNES A VIERNES</p>	<ul style="list-style-type: none"> HISTORIA CLINICA LISTA DE CHEQUEO DEL CTC 	<p style="text-align: center;">AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS DE HOSPITALIZACION</p>







8.4 INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS NUEVA CLINICA SAN SEBASTIAN

	DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE REGISTRO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	Cód.:
		Versión: 1
		Fecha Vigente:
		Página: 1 de 13

1. OBJETIVO

Garantizar el correcto diligenciamiento del formato de registro de auditoria de cuentas médicas, en la Nueva Clínica San Sebastián.

2. ALCANCE

Este formato de registro será diligenciado por el talento humano de facturación y de auditoría de cuentas médicas.

3. REFERENCIAS

- Formato de registro de auditoría de cuentas médicas.
- Manual tarifario ISS. Acuerdo 258 de 2001
- Decreto 2423 Del 31 de Diciembre de 1998 Tarifas SOAT

4. DEFINICIONES

- **FORMATO DE REGISTRO:** es un impreso que se emplea para anotar resultados obtenidos o evidencias de actividades desempeñadas.
- **ERP:** empresa responsable de pago son todas aquellas entidades que asumen los gastos generados de la atención del paciente en los servicios de salud como son: EPS, FOSYGA, Aseguradoras (ARL, SOAT, entre otras).
- **NO POS:** son todos los medicamentos, insumos y/o procedimientos que no se encuentren estipulados dentro del plan obligatorio de salud en Colombia.
- **ESTANCIA:** es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama hospitalaria, para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas.
 - **Observación:** es un lugar habilitado con camas donde el enfermo estará un máximo de 24 horas, para "observar" la evolución de su enfermedad, posteriormente ingresarlo en la unidad de hospitalización correspondiente, o bien, irse de alta para su domicilio.

8.5 EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

PRIMERA FASE: Talento humano de la Nueva Clinica San Sebastian y la Universidad de Cundinamarca.



SEGUNDA FASE: Talento humano de la Nueva Clinica San Sebastian y la Universidad de Cundinamarca.



9. CRONOGRAMA

DIAGRAMA DE GANTT DE PASANTIA AUDITORIA CUENTAS MEDICAS Y GLOSA

PRIMERA FASE: 16 de junio al 29 julio del 2016

	SEMANA 1		SEMANA 2				SEMANA 3				SEMANA 4			SEMANA 5			SEMANA 6			SEMANA 7											
ACTIVIDAD	16-jun	17-jun	20-jun	21-jun	22-jun	23-jun	24-jun	27-jun	28-jun	29-jun	30-jun	01-jul	05-jul	06-jul	07-jul	08-jul	11-jul	12-jul	13-jul	14-jul	15-jul	18-jul	19-jul	21-jul	22-jul	25-jul	26-jul	27-jul	28-jul	29-jul	
Inducción al sitio de práctica de la pasantía en auditoría de cuentas médicas y glosas de la nueva clínica san Sebastián.																															
Capacitación del tarifario ISS del 2001.																															
Capacitación del tarifario SOAT vigente.																															
Capacitación de Historia clínica.																															
Revisión de guías, manuales y protocolos institucionales.																															

SEGUNDA FASE: 28 nov del 2016 al 27 enero del 2017

ACTIVIDAD	SEMANA 8			SEMANA 9			SEMANA 10					SEMANA 11			SEMANA 12					SEMANA 13						
	28-nov	29-nov	30-nov	05-dic	06-dic	07-dic	12-dic	13-dic	14-dic	15-dic	16-dic	17-dic	19-dic	20-dic	21-dic	16-ene	17-ene	18-ene	19-ene	20-ene	23-ene	24-ene	25-ene	26-ene	27-ene	
Inicio de la segunda fase de la pasantía																										
Revisión proceso de auditoría y realización de instructivo del proceso de conciliación																										
Asignación de 2 enfermeras en formación para realizar auditoria de concurrencia																										
Asignación de 2 enfermeras en formación para responder glosas																										
Ajustes al proceso de auditoría, conciliación y glosas																										
Organización del manual de procesos de auditoria y glosas																										
Entrega de documentos finales																										
Ajustes finales a los documentos entregados																										
Finalización de la pasantía																										

10. BIBLIOGRAFIA

- Colaboremos Por la Salud. Informe Sobre la salud en el mundo. Organización Mundial de la Salud Panorama General. 2006.
- OTERO Jaime. MD Auditoria de servicios de salud. Generalidades. El informe del Auditor
- Diego Palacio Betancourt Ministro Eduardo Alvarado Santander. Viceministro De Salud Y Bienestar Blanca Elvira Cajigas De Acosta Directora General De Calidad De Servicios Teresa Margarita Tono Ramírez Directora Ejecutiva Programa De Apoyo A La Reforma De Salud Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud
- MEJIA G, Braulio. Auditoria Médica Para la Garantía de la Calidad en Salud. Editorial Ecoe Ediciones. 2004.
- CASTILLO, Víctor Raúl; RAMIREZ Sonia Stella. Fundación Cardiovascular de Colombia 20 años. Un Sueño convertido en realidad empresarial. Editorial puntoaparte. 2006.
- República de Colombia. Ley 100 de 1993, Ley 1122 del 2007, Resolución 5261 MAPIPOS de 1994, Acuerdo 306 del 2005.

11.WEBGRAFIA

- <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/4406/CardenasLoren2012.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- <http://www.gestiopolis.com/tipos-estudio-metodos-investigacion/>
- http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/1290/1/TTS_OrtizGonzalezLucia_2011.pdf
- <http://www.oviedo.es/documents/12103/f8e7f4c1-a7ba-4fb5-87d7-c95335c79b22>
- http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=58
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205926%20de%202014.pdf
- [Ministerio de fomento, Capitulo 4 La gestión de procesos Pag. 6 Mayo de 2005. http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541acde-55bf-4f01-b8fa-03269d1ed94d/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf](http://www.fomento.es/NR/rdonlyres/9541acde-55bf-4f01-b8fa-03269d1ed94d/19421/CaptuloIVPrincipiosdelagestindelaCalidad.pdf)
- [LEY 911 DE 2004 \(octubre 5\)
Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004 EL CONGRESO DE COLOMBIA http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf)
- [LEY 266 DE 1996 \(Enero 25\) Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996 EL CONGRESO DE COLOMBIA
http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf)
- [BRAULIO MEJIA GARCIA, libro Auditoria médica para la garantía de calidad en salud 5ta Edición
http://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789586485821&idsource=3001&li=](http://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9789586485821&idsource=3001&li=1)