

**AUDITORIA INTERNA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL, PARA
OPTIMIZAR EL SERVICIO EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD,
HOSPITALES E.S.E: ESTUDIO DE CASO
HOSPITAL E.S.E NORTE DE PUERTO TEJADA CAUCA**

**CINTHIA JULIETH LASPRILLA VIVEROS
MARTHA LLILIANA MOSQUERA BRAND**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE - SEDE NORTE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE CONTADURÍA PÚBLICA
SANTANDER DE QUILICHAO
2015**

**AUDITORIA INTERNA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL, PARA
OPTIMIZAR EL SERVICIO EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD,
HOSPITALES E.S.E: ESTUDIO DE CASO
HOSPITAL E.S.E NORTE DE PUERTO TEJADA CAUCA**

**CINTHIA JULIETH LASPRILLA VIVEROS
MARTHA LLILIANA MOSQUERA BRAND**

Proyecto Presentado, para
Optar por el Título de Contador Público.

Tutora:

DRA. ALBA LUCIA BERMÚDEZ

**UNIVERSIDAD DEL VALLE - SEDE NORTE DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE CONTADURÍA PÚBLICA
SANTANDER DE QUILICHAO
2015**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	13
EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	3
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.2.1 Descripción del Problema.....	6
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	7
1.4 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA.....	7
1.5 OBJETIVOS	7
1.5.1 Objetivo General	7
1.5.2 Objetivos Específicos	7
1.6 JUSTIFICACIÓN	8
1.7 MARCOS DE REFERENCIA.....	9
1.7.1 Marco Teórico	9
1.7.1.2 Auditoría Interna. Siguiendo el argumento de esta investigación, la auditoría interna, es definida como “una actividad independiente que tiene lugar dentro de la empresa y que está encaminada a la revisión de operaciones contable y de otra naturaleza, con la finalidad de prestar un servicio a la dirección”. (Guzmán, 1992).	11
1.7.2 Marco Conceptual	12
1.7.3 Marco Legal	14
1.7.4 Marco Contextual	20
1.8 METODOLOGIA.....	27
1.8.1 Tipo de Estudio	27

1.8.2 Método de Investigación.....	27
1.8.3 Fuentes de Información.....	27
1.8.4 Técnicas de Investigación	28
1.8.7 Población y Muestra.....	29
1.8.8 Fases de Investigación.....	29
2. IDENTIFICACIÓN DE CÓMO ES EL SERVICIO DE SALUD PRESTADO A LOS USUARIOS, EN UN HOSPITAL E.S.E.	30
2.1 FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA.....	31
2.1.1 Tabulación de las Encuestas.....	32
2.2 RESULTADOS DE LA IDENTIFICACIÓN DE CÓMO ES EL SERVICIO DE SALUD PRESTADO A LOS USUARIOS, EN EL CASO OBJETO DE ESTUDIO HOSPITAL E.S.E NORTE DE PUERTO TEJADA, CAUCA.....	40
2.2.1 Análisis de los Resultados.....	40
3. EVIDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUDITORÍA INTERNA, EN LOS HOSPITALES E.S.E., Y EL EFECTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS	48
3.1 ACTIVIDADES EN CABEZA DEL GERENTE GENERAL, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y LAS NORMAS DE AUDITORÍA INTERNA, EN EL CASO OBJETO DE ESTUDIO, HOSPITAL E.S.E. NORTE, PUERTO TEJADA CAUCA	49
3.2 AUDITORÍA INTERNA PARA LOGRAR UN BUEN CONTROL INTERNO, EN LOS HOSPITALES E.S.E.....	53
3.2.1 El Control o Auditoría Administrativa	54
3.2.2 La Auditoría Contable.....	54
3.2.3 El Objetivo Básico del Sistema de Contabilidad	54
3.2.4 La Necesidad de un Adecuado Control Interno	54

3.2.5 La Finalidad de Evitar Actos Mercantiles Ilegales, Malversaciones y Otras Prácticas Delictivas.....	54
3.2.6 El Establecimiento de Procedimientos de Control	55
3.2.7 la Subdivisiones de Funciones	55
3.2.8 Realizar y Solicitar Rendición de Cuentas y Auditorías o Comprobaciones Internas	55
3.2.9 El Diseño Adecuado de Documentos y Registros.....	56
3.2.10 La Implementación del Hardware y Software, Elementos Técnicos y Electrónicos	56
4. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO PARA EL SERVICIO DE SALUD PRESTADO A LOS USUARIOS, CON BASE A LEYES EXISTENTES Y AUDITORÍA INTERNA, EN LOS HOSPITALES E.S.E.	58
4.1 LEYES EXISTENTES DE AUDITORÍA INTERNA, PARA LOS HOSPITALES E.S.E.....	58
4.1.1 Constitución Política de Colombia y el Control Interno	59
4.1.2 La Ley 100 de 1993.....	60
4.1.3 Ley 1122 de 2007.....	65
4.1.4 Ley 1438 de 2011.....	67
4.2 LA AUDITORÍA INTERNA PARA MEJORAR EL SERVICIO DE SALUD, DE LOS HOSPITALES E.S.E.....	70
4.2.1 Manual de Auditoría Interna, para el Mejoramiento del Servicio de Salud, de los Hospitales E.S.E.	71
4.2.2 Fases de Auditoría Interna	80
4.2.3 Relación del Encargado de Ejercer el Control Interno con los Hospitales E.S.E.....	86
4.2.4 Programas de Auditoría.....	90
4.2.5 Modo de Uso del Manual de Auditoría Interna.....	92

4.2.6 Otras Acciones de Seguimiento y Verificación Recomendadas, para el Logro de la Calidad en el Servicio de Salud Prestado, en los Hospitales E.S.E	93
5. CONCLUSIONES	103
6. RECOMENDACIONES.....	104
7. BIBLIOGRAFIA.....	105
ANEXO	106

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Escala de Valoración	22
Tabla 2. Percepción General que tienen los Usuarios del servicio de salud prestado, por el Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca.	22
Tabla 3. Trámites Administrativos para acceder a los servicios de salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca	34
Tabla 4. Dificultades que tiene el usuario de salud con el personal del Hospital ESE Norte Puerto Tejada, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente.	35
Tabla 5. Calificación de los usuarios de la Prestación del servicio de atención en salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, con respecto a calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.	36
Tabla 6. Calificación por Variables Evaluada del Servicio de Salud Prestado por el Hospital ESE Norte Puerto Tejada.	39

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Ficha Técnica de la Encuesta a los usuarios del servicio de salud del Hospital Norte E.S.E., Puerto Tejada, Cauca.	31
Cuadro 2. Justificación de los usuarios del servicio de salud, del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, que contestaron que la prestación del servicio de atención en salud, no es con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.	37 81 96
Cuadro 3. Fases del Proceso de Auditoría Interna. Hospitales E.S.E.	98 99
Cuadro 4. Hitos que pueden ayudar al Hospital E.S.E. a realizar el Proceso de Autoevaluación	100 101
Cuadro 5. Métodos para el Establecimiento de Procesos Estandarizados	
Cuadro 6. Formato del Estándar del Proceso.	
Cuadro 7. Formato para el Procedimiento Operacional.	
Cuadro 8. Formato para el Manual de Entrenamiento	

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Estructura Orgánica de un Hospital E.S.E., Caso Objeto de Estudio, Hospital E.S.E .Norte Puerto Tejada, Cauca.	22
Figura 2. Mapa de Procesos en un Hospital E.S.E.	23
	24
	25
Figura 3. Mapa de Procesos Operativos en un Hospital E.S.E.	26
Figura 4. Mapa de Procesos de Apoyo en un Hospital E.S.E.	95
Figura 5. Mapa de Procesos de Apoyo en un Hospital E.S.E.	
Figura 6. Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en salud.	

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Percepción General que tienen los Usuarios del servicio de salud prestado, por el Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca.	33
	34
Gráfica 2. Trámites Administrativos para acceder a los servicios de salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca.	35
	36
Gráfica 3. Dificultades que tiene el usuario de salud con el personal del Hospital ESE Norte Puerto Tejada, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente.	39
Gráfica 4. Calificación de los usuarios de la Prestación del servicio de atención en salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, con respecto a calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.	
Gráfica 5. Calificación por Variable Evaluada del Servicio de Salud Prestado por el Hospital ESE Norte Puerto Tejada.	

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta de opinión de la calidad del servicio de atención en salud, prestada por caso objeto de estudio Hospital E.S.E., Norte, de Puerto Tejada, Cauca.	107
	109
Anexo B. Proceso de Auditoría Gubernamental.	

RESUMEN

Mostrar la manera en que la auditoría interna como herramienta de control, optimiza el servicio de salud en los Hospitales E.S.E., es el objetivo general de esta investigación; para llegar a lograrlo, tuvo que identificarse en primer lugar, cómo es el servicio de salud prestado a los usuarios, en una Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS) Hospital E.S.E.; en segundo lugar, se evidenció la aplicación de las normas de auditoría interna, en los Hospitales E.S.E., y el efecto en la prestación del servicio de salud a los usuarios; y por último se propusieron mejoras al servicio de salud prestado a los usuarios, con base a leyes existentes y auditoría interna, para los Hospitales E.S.E. Por la gran importancia que tiene la auditoría interna como fundamento de control, en las entidades públicas, se optó por realizar este trabajo para los Hospitales E.S.E. La Auditoría interna, resulta ser una herramienta, que permite prestar un buen servicio de salud a los usuarios, detecta las fallas al momento de la prestación del servicio, y formula soluciones para el mejoramiento.

Palabras Clave: Auditoría Interna, Leyes de Auditoría Interna, Procesos, Procedimientos de Auditoría Interna, Fases de Auditoría Interna.

INTRODUCCION

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender a la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

El propósito de estas pautas indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del Título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el municipio de Puerto Tejada, una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se así, superando las evaluaciones superficiales y anodinas y convirtiendo a la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

Teniendo en cuenta que la auditoria según lo define Carrillo González, *“es una actividad independiente que tiene lugar dentro de la empresa y que está encaminada a la revisión de operaciones contables y de otra naturaleza, con la finalidad de prestar un servicio a la dirección”*, además que es un control de dirección que tiene por objeto la medida y evaluación de la eficacia de otros controles.

Cabe resaltar que cada organización asuma con responsabilidad la evaluación de falencias en el control interno y ejerzan un órgano de control como lo es la auditoría interna la cual es la encargada de evaluar eficazmente el mismo. La falta de buenos controles internos (no meramente normativos, sino aplicados) no sólo han dado lugar a estafas o defraudaciones (sea esta por parte de ejecutivos, empleados o clientes), sino también a graves errores en materia de decisiones producto de grandes errores de la información y por ello es de vital importancia medir el riesgo y evitar caer en él.

Este trabajo resalta la importancia de la Auditoria interna como un mecanismo de control y no sólo de inspección cuyo objetivo es de proteger y mejorar el funcionamiento de la organización. Se pretende evidenciar como la falta de cumplimiento a las normas básicas y fundamentales en materia de control interno

publico dan como resultado graves falencias en materia de auditoría y control interno en la Entidades Prestadoras de Salud Hospitales E.S.E.

Cabe mencionar también que en este trabajo se incorporaron los conocimientos obtenidos durante el proceso de formación profesional en el Programa de Contaduría Pública, que fueron utilizados de forma coherente de acuerdo a la temática elegida, así como en un marco de fundamentación.

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Esta investigación tiene como principal componente la auditoría interna, que puede ser definida como, las actividades que se realizan en una organización para contribuir al aumento de las probabilidades de que se alcancen los objetivos propuestos, por la dirección de las Entidades Prestadoras de Salud Hospitales ESE.

Analizando la información que ofrecen las fuentes de internet y otras fuentes secundarias, como libros, artículos escritos, tesis de grado, que han servido de ayuda para esta investigación; se ha tomado como referente los siguientes antecedentes, que sirven como soporte para estructurar la presente investigación.

La Calidad de Atención en Salud, Reto o Sofisma. Los sistemas de control interno adquieren importancia en el mundo, en razón a la necesidad de las organizaciones de observar una serie de principios que les permita, cualquiera que sea el sector donde desarrollen sus actividades, tener las suficientes herramientas para manejar eficientemente sus recursos, mejorar su gestión y poder contar con una sostenibilidad a futuro. Este trabajo analiza el desempeño de las entidades prestadoras de salud a partir de la gestión de la calidad, asociada de manera directa con los sistemas de control, siendo este un interés que parte del gran compromiso con las dimensiones de la responsabilidad social, iniciando en todo caso de una revisión de la situación actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y logrando entonces determinar si la calidad de la prestación de los servicios incide en su estado (Bello y Díaz, 2012).

Con esto se quiere resaltar que con este proyecto se mostrará la utilidad de la información con respecto a la normatividad de la salud, que permite realizar un bosquejo sobre la auditoría en las entidades prestadoras de salud, y que permite analizar la incidencia de la auditoría interna, sobre dichas entidades, ya que esta es de vital importancia para la prestación de un buen servicio.

Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente. Aunque la necesidad de controles es evidente, la limitación de los alcances de la auditoría puede tener cuatro efectos si se sobredimensionan (...): El desarrollo de las operaciones propias de la salud, porque el control extremo de actividades no facilita el funcionamiento productivo de dichas operaciones. Si el control de las actividades

no está dirigido hacia la utilización eficiente de los servicios de salud y otras áreas operativa, hacia el control de costos o al empleo de los avances científicos, la falta de información acerca de esas áreas hace imposible llegar a una eficiente toma de decisiones, es decir, a manejar la posición gerencial moderna con bases en la información, estándares y metas a alcanzar. (Malagón; Londoño, Morera, y Verde, 2003)

La relación del libro con el proyecto es que, ayuda a entender que todas las actividades de una entidad prestadora de salud están relacionadas entre sí y que la falla de alguna es fatal para todas y gracias a esto, los servicios prestados son de mala calidad y es aquí donde la auditoría ayuda a detectar las fallas que se producen en el sistema, pero sin dejar de lado que el exceso de control no siempre ayuda a mejorar sino que al contrario trata de empeorar el servicio, pues la calidad de la atención en salud, es uno de los principios que se rige por el sistema obligatorio de calidad de la atención de salud del sistema de seguridad social, inicialmente mediante el Decreto 2309 del 2002 y luego por el decreto 1011 del 2006, con sus cuatro componentes y enfoques respectivos.

Elementos para la Gestión de Riesgos en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo en Colombia. Este artículo hace una revisión de los conceptos de identificación, seguimiento y manejo de los riesgos; así como también de las metodologías utilizadas por otros sectores económicos para la administración del riesgo. Los conceptos que se revisaron hacen referencia a la normatividad colombiana, Sistema General de Seguridad Social, proceso para la gestión del riesgo, modelo de riesgo empresarial, auditoría interna (modelo COSO) y riesgo y efecto financiero.

Se menciona también al sistema de riesgo como es una forma eficiente de identificar oportunidades y evitar pérdidas y ayuda a mejorar el funcionamiento de las unidades de negocios de cualquier tipo de empresa, ya sea pública o privada. Está compuesto por algunos elementos fundamentales como son: comunicación y consulta, establecimiento del contexto, identificación de los riesgos, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo y revisión (Reina M, 2010, p, 21).

La relación encontrada con el tema de investigación se basa en poder evidenciar el compromiso que tiene la entidad con las estrategias de cumplimiento de estándares de calidad, desarrollo de la red prestadora y la evaluación de la percepción del riesgo de los usuarios; para ello menciona el modelo COSO, la cual es una herramienta que permite dirigir los esfuerzos de la compañía hacia el manejo del riesgo, para poder optimizar el rol de la entidad e incluir actividades que permitan conocer los objetivos estratégicos y enfocarse en la necesidad de crear conciencia de los riesgos y la importancia de considerarlos durante la

formulación de estrategias, y a su vez que la entidad pueda asumir la administración de riesgo como una responsabilidad indelegable.

Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en el país. Entender a la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

Es importante recordar que para una auditoría eficiente, debe obedecerse a una planeación sistemática, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad preestablecida.

Según el Decreto 1011 de 2006, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica: 1) La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; 2) La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; 3) La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas (Ministerio de Protección Social, 2007).

Las pautas que se tratan en el anterior informe se relacionan con el trabajo de investigación, ya que la gestión de calidad en empresas prestadoras de salud va muy asociado con la auditoría y estas dos, ayudan al mejoramiento del servicio, puesto que la auditoría ayuda a detectar el problema y la gestión ayuda a mejorar dicho problema.

El propósito de estas pautas indicativas de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del Título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para los municipios una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad, en la cual se asimilen las experiencias, superando las evaluaciones superficiales y anodinas y convirtiendo a la auditoría, como el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, y en una herramienta de gestión, que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del Problema

De acuerdo con los conocimientos obtenidos puede decirse que la auditoria interna, es un examen, sistematizado, crítico y detallado de una información de una unidad económica, donde se utilizan técnicas determinadas, con el propósito de poder emitir un informe en el cual se exprese una opinión clara y muy específica que brinde mejoras a un área examinada, pues la auditoria interna es un servicio que reporta al más alto nivel de la dirección de la organización y tiene las características de función asesora de control.

Es por tales motivos, que se hace necesario conocer que el sistema de salud en Colombia es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, o mediante subsidios del Estado, para proteger a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, vejez, desempleo. Específicamente la administración de la salud está delegada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS), del régimen contributivo y del régimen subsidiado, que pueden ser públicas o privadas. Dichas EPS e IPS, están en la obligación de prestar un servicio de calidad a sus contribuyentes satisfaciendo sus necesidades y para ello, deben cumplir con una serie de procesos y procedimientos establecidos por la administración, que ayudan a facilitar la prestación del servicio.

Se puede ver como cada vez más los contribuyentes se ven afectados por la falta de cumplimiento al momento de ofrecer un buen servicio de salud a los usuarios por parte de las EPS e IPS. Por ello es necesario hacer un examen que ayude a la detección de fallas que se presentan en el momento de la prestación del servicio de salud en los Hospitales E.S.E. y que no dejan que las necesidades de los contribuyentes, sean satisfechas en su totalidad o que al contrario, no cumplan sus expectativas.

Por lo anterior, se ha optado por realizar una investigación sobre si la auditoria interna aplicada en los Hospitales E.S.E., resulta ser una herramienta que permita prestar un buen servicio de salud, realizando una serie de encuestas utilizando un cuestionario de preguntas para detectar las fallas al momento de la prestación del servicio, y formular soluciones para su mejoramiento, tomando un caso especial de un Hospital E.S.E., ubicado en el municipio de Puerto Tejada, Cauca.

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿En qué forma la auditoría interna resulta ser una herramienta de control, para optimizar el servicio de salud en las Instituciones Prestadoras de Salud Hospitales E.S.E.?

1.4 SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA

¿Cómo es el servicio de salud prestado a los usuarios, en una Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS) Hospital E.S.E.?

¿De qué manera se evidencia si la aplicación de las normas de auditoría interna, en una Institución Prestadora de Salud Hospital E.S.E., afecta la prestación del servicio de salud, para los usuarios?

¿Qué aspectos hay que proponer para mejorar el servicio de salud prestado a los usuarios, a los Hospitales E.S.E.?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Mostrar la manera en que la auditoría interna como herramienta de control, optimiza el servicio de salud en las entidades prestadoras de salud Hospitales E.S.E.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar cómo es el servicio de salud prestado a los usuarios, en una Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS) Hospital E.S.E.
- Evidenciar la aplicación de las normas de auditoría interna, en los Hospitales E.S.E., y el efecto en la prestación del servicio de salud a los usuarios.
- Proponer mejoras al servicio de salud prestado a los usuarios, con base a leyes existentes y auditoría interna, a los Hospitales E.S.E.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Actualmente el sistema de desarrollo organizacional tiene un modelo operativo por procesos y en esta medida se debe integrar dentro del sistema de calidad de los Hospitales E.S.E., en sus diferentes áreas, para garantizar la satisfacción de los usuarios respecto a sus expectativas frente a la calidad del servicio de salud recibido. La calidad ha sido definida por varios autores de la siguiente forma: grado en que un producto o servicio cumple con los requisitos exigidos por el usuario. La calidad de la atención de salud se entiende como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción del usuario”. La calidad es la dimensión ética de la vida profesional.

La calidad está directamente relacionada con los requisitos, normas, la competencia, idoneidad de los prestadores de servicios de salud y la ética en el ejercicio de sus actividades, incurrir en conductas culposas por diversos factores como impericia, negligencia, imprudencia y violación de reglamentos entre otros, se transforma en irresponsabilidad civil; en la gran mayoría de ocasiones por desconocimiento, que conlleva a la necesidad de aplicar en el ámbito de la profesión, la legislación que la reglamenta.

Con este estudio además se pretende lograr que los entes encargados de agrupar al gremio de la salud, realicen la promoción y divulgación a todas las instituciones prestadoras de servicios, universidades y colegios, acerca de la ley que las rige, con lo cual se logrará que en la prestación del servicio de salud, esté implícito el sistema de información y la humanización con el usuario.

De igual manera lo que se busca es observar y estudiar el aporte de la auditoria interna, al desarrollo y obtención de evidencia y como evaluar, para de este modo poder dar un concepto de aplicación en las entidades de salud, y dar un informe en cual se incluyan los aspectos a mejorar.

No debe olvidarse que el propósito es buscar las mejoras para lograr un servicio de salud óptimo en las Instituciones Prestadoras de Salud Hospitales E.S.E., y que deje a sus usuarios satisfechos.

Es necesario hacer este tipo de estudios en las entidades prestadoras de salud, para que los usuarios del servicio de salud, puedan dar sus opiniones y calificar el tipo de servicio de salud que están recibiendo y, por el cual están aportando mensualmente una cuota de sus ingresos salariales.

1.7 MARCOS DE REFERENCIA

1.7.1 Marco Teórico

Desde el momento en que los Hospitales E.S.E, empiezan su funcionamiento junto con todos sus colaboradores comienzan a cuidar a los seres humanos en forma ordenada y organizada; se han comprometido a regirse por una serie de reglamentaciones basadas en la calidad de la vida humana, partiendo de valores éticos y morales, inherentes a la práctica de la profesión.

De esta manera es como se genera un abanico de leyes a nivel nacional, departamental y municipal, en donde se da relevancia a las normas de conducta ética, que deben ser conocidas y aplicadas por los actores intervinientes en el sistema de salud. Este marco de la legislatura tiene por objeto garantizar un sistema integral, continuo, ético y calificado, de los cuidados dentro de dicho ente acordes a la necesidad de la población, sustentados en los principios de equidad y solidaridad, para contribuir a mejorar la salud de las personas, familia y comunidad, y teniendo en cuenta que el cuidado de la salud está basado en el ciclo vital del ser humano, en funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Así mismo, en el marco de la legislatura de los municipios colombianos, refieren que el cuidado de la salud en todo ciclo vital de la persona, familia y comunidad y su entorno, en funciones de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a través de intervenciones libres autónomas, independientes, interdependientes en la modalidad y atención existente, es el fin del ejercicio del profesional de la salud.

Por tanto, debe explicarse en qué consiste no solamente el objeto de la misma que tiene por esencia garantizar un sistema integral continuo, ético y calificado de cuidados, acordes a las necesidades de la población sustentadas en los principios de equidad y solidaridad, para contribuir a mejorar la salud de las personas familia y comunidad.

Por otra parte, en los Hospital E.S.E, se determina que es muy importante tener conciencia de lo que significa para la auditoría interna contar con una normatividad que bien aplicada, puede transformarse en una fuerza social capaz de modificar las situaciones, que hasta ayer, no permitían la autonomía del quehacer profesional en la prestación del servicio de salud; viéndose claramente que la actitud de sumisión desmedida y falta de liderazgo, conduce a una restricción de aplicar controles eficaces y una reflexiva toma de conciencia, por la práctica de aplicar normas de auditoría, para que mejore la prestación del servicio de salud.

1.7.1.2 El Control Interno. Según como se expone en el Artículo 209 de la Constitución Política de Colombia, el control interno está definido como:

“La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones”.

Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La Administración Pública, en todos sus órdenes tendrá un control que se ejercerá en los términos que señale la Ley.

De otro lado y según lo expone Yaneth Blanco Luna, el control interno se define como: *“El plan de organización y el conjunto de métodos y medidas dentro de una entidad para salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y la veracidad de su información financiera y administrativa, promover la eficiencia en las operaciones, estimular la observancia en la política prescrita, y lograr el cumplimiento de las metas y objetivos programados”* (Mantilla B., 2010).

Tal como lo explica el autor citado, la expansión de este concepto sugiere un ligamiento con la parte financiera y la parte administrativa, en cuanto a los controles que establece la organización, ya que la parte financiera y sus controles están orientada a asegurar la razonabilidad de las transacciones y registros contables e información, entre tanto la parte administrativa, está orientada a controlar todos aquellos aspectos en los que incurren en la toma de decisiones.

El control interno se define ampliamente como *“un proceso realizado por la administración y otro personal de una entidad, diseñado para proporcionar seguridad razonable mirando e cumplimiento de los objetivos en categorías, como efectividad y eficiencia de las operaciones, confiabilidad de la información financiera y el cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables”.* (Mantilla B., 2010)

Según el autor, la categoría efectividad se orienta a los objetivos básicos de negocios de una entidad, incluyendo los objetivos de desempeño y rentabilidad, y la salvaguarda de los recursos; la eficiencia, se relaciona con la preparación de estados financieros, publicados, confiables, incluyendo estados financieros intermedios, y datos financieros seleccionados derivados de tales estados, tales como ganancias realizadas, informadas públicamente.

La confiabilidad de la información se refiere, al cumplimiento de aquellas leyes y regulaciones a las que está sujeta la entidad, y que tales categorías distintas pero

interrelacionadas, orientan necesidades diferentes y permiten dirigir la atención, para satisfacer necesidades separadas.

Por otra parte, *“el control interno es un proceso, un medio para lograr un fin y no un fin en sí mismo”* (Del Toro Ríos; Fonteboa Vizcaíno; Armada Trabas; Santos Cid, 2005).

Con esto se quiere dar a entender que, el control interno se caracteriza, porque es llevado a cabo, por las personas que actúan en todos los niveles de una entidad, y no se trata solamente de manuales de organización y procedimientos; y en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirlo es responsable por el control interno ante su jefe inmediato, de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos; y que en su cumplimiento participan todos los trabajadores de la entidad, independientemente de su categoría ocupacional.

El control interno aporta un grado de seguridad razonable, con relación al logro de los objetivos fijados, y facilita la consecución de objetivos en una o más de las áreas u operaciones en la entidad; igualmente propende al logro del autocontrol, liderazgo y fortalecimiento de la autoridad y responsabilidad de los colectivos.

Lo que le da al control interno el carácter efectividad está en la habilidad que tenga el directivo, para crear en su entidad una cultura de identificación y evaluación periódica de los riesgos, para que realmente el sistema de control interno forme parte del proceso de gestión.

1.7.1.2 Auditoría Interna. Siguiendo el argumento de esta investigación, la auditoría interna, es definida como “una actividad independiente que tiene lugar dentro de la empresa y que está encaminada a la revisión de operaciones contable y de otra naturaleza, con la finalidad de prestar un servicio a la dirección”. (Guzmán, 1992).

La auditoría interna en este caso, es un control de dirección que tiene por objeto la medida y evaluación de la eficacia de otros controles, y surge por la necesidad de mantener un control permanente y más eficaz, dentro de la empresa y de hacer más rápida y eficaz, la función del auditor externo; la auditoría interna es la que se ocupa del control interno; del conjunto de medidas, políticas y procedimientos establecidos en las empresas, para proteger el activo, minimizando posibilidades de fraude, incrementar la eficiencia operativa y optimizar la calidad de información económica financiera; y se ha centrado en el terreno administrativo, contable y financiero.

La auditoría interna, según el Instituto Norteamericano de Contadores Públicos (AICPA, 1983), es *“un examen que pretende servir de base para expresar una opinión sobre la razonabilidad, consistencia y apego a los principios de contabilidad generalmente aceptados, de estados financieros preparados por una empresa o por otra entidad, para su presentación al público o a otras partes interesadas”*. (Cuellar Mejía, 2005).

De esta definición se puede recalcar que la auditoría implica una reconstrucción de acontecimientos económicos del pasado para determinar su apego a la realidad y darles o no validez. Para lograr este cometido se requiere entonces recurrir en gran medida a la interpretación de los documentos escritos; y que el objeto de la actividades de la auditoría son las unidades económicas, las cuales para adecuarlas a los tiempos modernos, se deben considerar como sistemas abiertos compuestos de muchos subsistemas, de los cuales los sistemas de información son los más importantes.

De ahí que la auditoría implique una búsqueda de la verdad, de los hechos económicos producidos por una entidad, los cuales afectan sus sistemas de información para darle autenticidad.

Teniendo en cuenta los anteriores conceptos, se puede concluir que, la auditoría se puede definir como “un componente de mejoramiento continuo en el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, emitida como un mecanismo sistemático y continuo, de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares básicos de acreditación superiores; lo cual, implica que las metodologías a través de las cuales se implementa, se incluyen la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad o un resultado de calidad deseable, que no se consigue o un resultado no deseable, que se presenta durante la prestación de los servicios, y que esté relacionado con la atención precedente”.

1.7.2 Marco Conceptual

El contexto en el cual se desarrolla la auditoría interna, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales de la auditoría interna.

AUDITORIA INTERNA: La Auditoría Interna Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste

sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoria interna. (Orozco, 2007).

GESTION DE CALIDAD: es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada y que asegure la satisfacción del cliente y bajos costos para la calidad. En otras palabras, un Sistema de Gestión de la Calidad es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (Recursos, Procedimientos, Documentos, Estructura organizacional y Estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización.

ACTIVIDADES DE CONTROL: Están constituidas por los procedimientos específicos establecidos como un reaseguro para el cumplimiento de los objetivos, orientados primordialmente hacia la prevención y neutralización de los riesgos. Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la organización y en cada una de las etapas de la gestión, partiendo de la elaboración de un mapa de riesgos según lo expresado en el punto anterior: conociendo los riesgos, se disponen los controles destinados a evitarlos o minimizarlos, los cuales pueden agruparse en tres categorías, según el objetivo de la entidad con el que estén relacionados con las operaciones, la confiabilidad de la información financiera y el cumplimiento de leyes y reglamentos (Mantilla B., 2010, p, 24).

RIESGO DE AUDITORIA: Es el riesgo de formular una opinión de auditoría incorrecta cuando existe un error significativo en las cuentas anuales. Para lograr su objetivo, el auditor debe de planificar y ejecutar su trabajo de tal forma que se reduzca el riesgo de auditoría a un nivel aceptable; es decir, el auditor debe planificar y ejecutar su trabajo de tal forma que se reduzca la posibilidad de emitir una opinión inadecuada. (Santillana, 2013, p, 16).

RIESGO DE CONTROL: Posibilidad de que existiendo errores de importancia no fueran detectados o corregidos por los sistemas de control interno de la entidad (Mantilla B., 2010, p, 47).

GESTION GERENCIAL: La gestión gerencial es, precisamente, el proceso que consiste en guiar a las divisiones de una empresa hacia los objetivos fijados para cada una de ellas, mediante planes y programas concretos para asegurar el correcto desarrollo de las operaciones y de las actividades (planeamiento táctico), posibilitando que sus miembros contribuyan al logro de tales objetivos y

controlando que las acciones se correspondan con los planes diseñados para alcanzarlos (Mantilla B., 2010, p, 8).

VALORACIÓN DE RIESGOS: la valoración de riesgos es la identificación y análisis de los riesgos relevantes para la consecución de los objetivos, formando una base para la determinación de cómo deben administrarse los riesgos. Dado que las condiciones económicas, industriales, reguladoras y de operación continuarán cambiando, se hace necesario mecanismos para la identificar y tratar los riesgos especiales asociados con el cambio (Mantilla B., 2010, p, 39.).

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: debe identificarse, capturarse y comunicarse información pertinente en un tiempo, que le permita a los empleados cumplir con las responsabilidades. Los sistemas de información producen reportes, contienen información operacional, financiera y relacionada con el cumplimiento, que hace posible operar y controlar el negocio.

Tiene que ver no solamente con los datos generados internamente, sino también con la información sobre eventos, actividades y condiciones externas necesarias para la toma de decisiones, informe de los negocios y reportes externos. La comunicación efectiva también debe darse en un sentido amplio, influyendo hacia abajo, a lo largo y hacia arriba de la organización (Mantilla B., 2010, p, 5).

1.7.3 Marco Legal

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como fundamento el usuario, motivo por el cual el establecer un mecanismo explícito, deliberado y sistemático para evaluar la satisfacción del cliente con los procesos de atención en salud se convierte en imperativo del sistema.

Mecanismos que deberán ser no sólo de tipo retrospectivo, como los sistemas de quejas y reclamos, encuestas y entrevista de satisfacción que tienen como objetivo principal conocer la percepción del usuario, posterior a recibir el servicio, sino la implementación de aquellos que permitan conocer las necesidades y expectativas que tienen los usuarios de los servicios a recibir. Los primeros son mecanismos que permiten implementar acciones de seguimiento y coyunturales y los segundos acciones preventivas.

Aspectos que podrían ser parte de los procesos de satisfacción de los usuarios en este tipo de organización son aquellos relacionados con el acceso, la oportunidad y pago de prestaciones económicas, la adherencia y fidelización del cliente externo, entre otros.

Los procesos prioritarios objeto de la auditoría para el mejoramiento de la calidad a ser seleccionados por las organizaciones serán de igual forma parte del programa de auditoría; para la identificación de los mismos la institución podrá utilizar la herramienta que considere, siempre que cumpla con los criterios de validez, confiabilidad, respete el principio de la evaluación por pares y esté basado en evidencia.

El marco legal en el cual se basa la siguiente investigación, es el Marco Normativo del Régimen Contributivo, reglamentado por la Ley 100 de 1993, y se basa específicamente en los siguientes artículos:

Artículo 32. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deben ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

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

Artículo 39°. Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

Artículo 35°. Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. Los Prestadores de Servicios de Salud deberán incluir en su programa de auditoría mecanismos para evaluar la satisfacción del cliente, proceso que es prioritario en el marco del Sistema, y mecanismos para abordar efectivamente los principales problemas de calidad de la organización (procesos priorizados), de manera que se garanticen los resultados esperados en la prestación de los servicios. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de

conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

La Constitución Política de Colombia. Es aquella ley que rige la población Colombiana.

MECI 1000 DE 2005

El modelo MECI es una herramienta gerencial que tiene como fin servir de control de controles para que las entidades del Estado logren cumplir con sus objetivos institucionales y con el marco legal aplicable a ellas. 2. Entendiendo lo anterior, ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO QUE BUSCA LA UNIAJC ADOPTANDO E IMPLEMENTANDO EL MECI? El propósito es orientar esta Institución hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales (la misión, la visión, la política de calidad, los objetivos de calidad, los valores, los principios) y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado Colombiano.

El modelo MECI nos garantiza como organización la coordinación de nuestras acciones, la fluidez de la información que producimos y la comunicación, así mismo anticipar y corregir de manera oportuna las debilidades que se presentan en el quehacer cotidiano en nuestra entidad.

NTC GP 1000 DE 2009

La certificación GP 1000 le permite a las entidades del Estado de la Rama Ejecutiva del Poder Público, evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera sistemática y transparente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 2 de la Ley 872/2003.

La NTCGP 1000, además de incluir los requisitos de la norma ISO 9001, aporta:

- Eficiencia y efectividad en todas las actuaciones.
- Mecanismos para comunicar a las partes interesadas sobre el desempeño de los procesos.
- Mapas de riesgos y puntos de control sobre los riesgos.
- Control de la prestación de los servicios.
- Comunicación con el cliente acerca de los mecanismos de participación ciudadana.

Leyes 100 de 1993. Es la Ley marco del actual Sistema Nacional de Seguridad Social. Establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria. En el Artículo 153 se determina:

“El sistema establecerá mecanismo de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales”

Decreto 2174 de 1996. Esta norma define las principales características de calidad de la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, y racionalidad técnica. Igualmente las características adicionales de idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de los recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. Señala los 5 componentes que un sistema de garantía de calidad debe tener:

- Cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud.
- Diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.

- Desarrollo de un sistema de información que incluyan componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico, y situación de salud de los usuarios atendidos.
- Procesos de auditoría médica.
- Desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que le presenten.

Ley 1122 de 2007. Artículo 35. Definiciones. Para efectos del presente capítulo de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 36. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al INVIMA.

Ley 87 de 1993. Crea el Sistema de Control Interno, para las entidades del Estado. Artículo 10º. Jefe de la unidad u oficina de coordinación del Control Interno. Para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Control Interno, las entidades estatales designarán como asesor, coordinador, auditor interno o cargo similar, a un funcionario público que será adscrito al nivel jerárquico superior y designado en los términos de la presente Ley. Reglamentado por el Decreto Nacional 1826 de 1994. Ver Oficio No. 2-15054/16.04.99. Unidad de Estudios y Conceptos. Inhabilidades e incompatibilidades en materia contractual. CJA13101999

Artículo 11º. Designación del jefe de la unidad u oficina de coordinación del Control Interno. [Modificado por el artículo 8, Ley 1474 de 2011](#). El asesor, coordinador, auditor interno o quien haga sus veces será un funcionario del libre nombramiento y remoción, designado por el representante legal o máximo directivo del organismo respectivo, según sea su competencia y de acuerdo con lo establecido en las disposiciones propias de cada entidad. Reglamentado por el Decreto 1826 de 1994.

Artículo 12º. Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno o similar las siguientes:

- Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema de Control Interno.
- Verificar que el Sistema de Control Interno esté formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos y, en particular, de aquellos que tengan responsabilidad de mando;
- Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización, se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;
- Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización, estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad;
- Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;
- Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin que se obtengan los resultados esperados;
- Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios;

- Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional;
- Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente;
- Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su cumplimiento;
- Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas;
- Las demás que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con el carácter de sus funciones. Reglamentado Decreto 1826 de 1994.

Parágrafo. En ningún caso, podrá el asesor, coordinador, auditor interno o quien haga sus veces, participar en los procedimientos administrativos de la entidad a través de autorizaciones y refrendaciones.

1.7.4 Marco Contextual

Este trabajo se realizará para los Hospitales E.S.E., que ofrecen el servicio de salud.

1.7.4.1 Los Hospitales E.S.E. Los Hospitales E.S.E., son entidad públicas, descentralizadas de orden nacional, departamental y municipal, dotados de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio adscrito a la dirección local de salud, integrante del Sistema General de Seguridad social en Salud, sometidos a régimen jurídico previsto en la Ley 100 y decretos reglamentarios.¹

Con el advenimiento del nuevo sistema de seguridad social en Colombia, promulgado por la ley, los Hospitales sufren una transformación en Empresas Sociales del Estado, en su ámbito político, financiero estructural y operativo.²

Se abren nuevas áreas funcionales y se lanzan al mercado como unas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), bajo los principios de calidad, eficiencia, eficacia, efectividad, competitividad, oportunidad, equidad y rentabilidad social y financiera, es aquí donde se incrementa el servicio y la cobertura se amplía hacia municipios vecinos.

¹ Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca. Oficina de Control Interno. 2015.

² Ibíd.

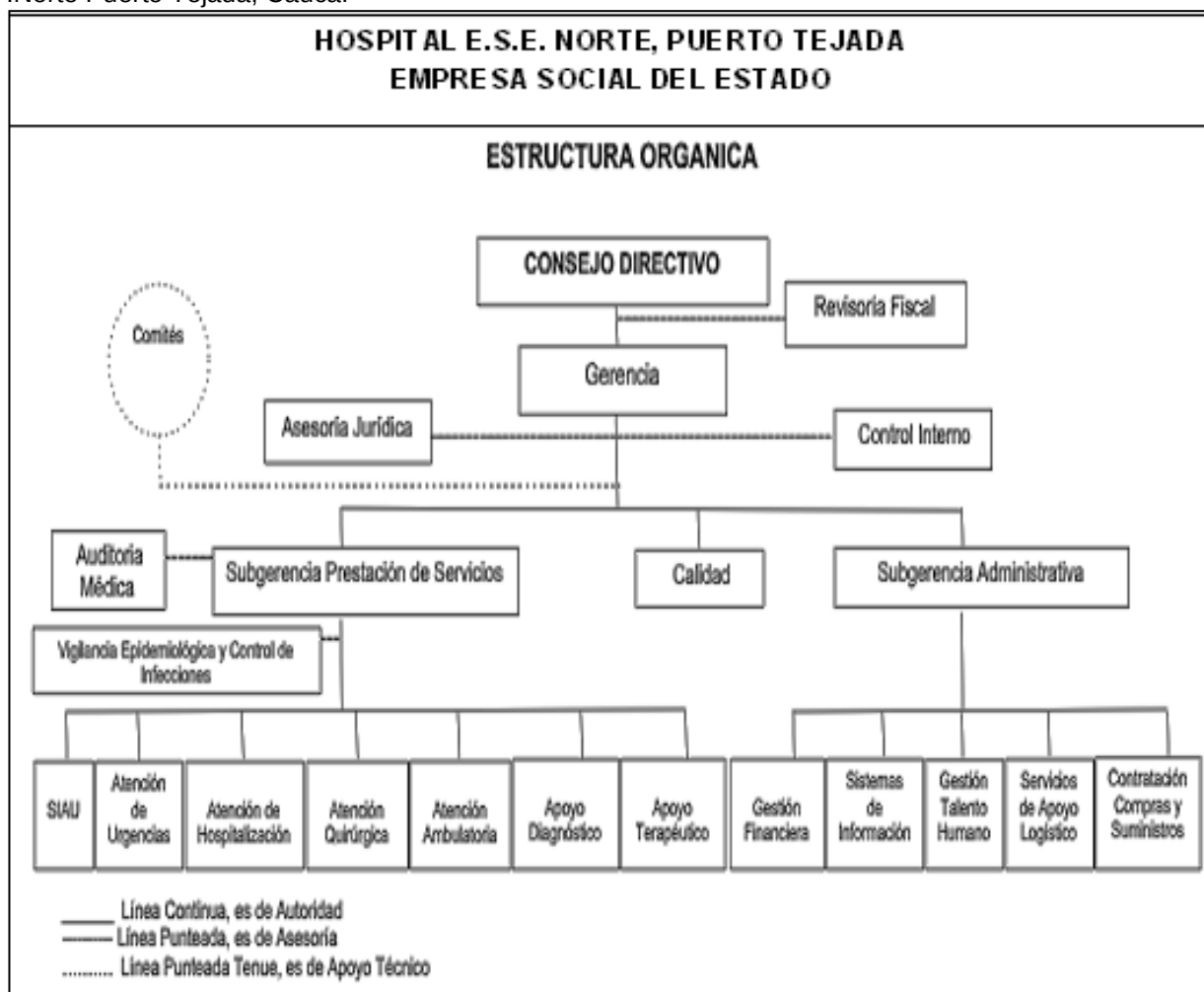
Los hospitales E.S.E., asumen responsablemente los nuevos retos que debe enfrentar de cara al próximo milenio, nuevos servicios, tecnología y capacitación del talento humano.

Objetivos Estratégicos. Los hospitales E.S.E., tiene los siguientes objetivos estratégicos:

- Desarrollar un modelo de atención integral en salud que aplique altos estándares de calidad e innovación, para satisfacer las necesidades en salud del usuario (la familia, y la comunidad de otros municipios cercanos).
- Fortalecer la relación docencia de servicios generando la sinergia necesaria para que los procesos de formación e investigación y desarrollo de nuevos servicios, se constituyan en propósitos comunes, que favorezcan el cumplimiento del modelo de atención.
- Fortalecer la sostenibilidad económica y el crecimiento financiero del Hospital ESE.
- Optimizar la gestión de los recursos logísticos y de apoyo que garanticen el mejoramiento continuo del hospital E.S.E.
- Fortalecer la participación del usuario y el control social con el fin de generar confianza ciudadana en el Hospital ESE, y la satisfacción del usuario.
- Afianzar un talento humano competente innovador y comprometido.
- Articular y mejorar continuamente el Sistema de Gestión Integral del Hospital E.S.E., cumpliendo con los requisitos normativos a través de procesos armónicos, que le permita a la entidad ser competitiva y responder socialmente.

Estructura Organizacional de un Hospital E.S.E. La estructura organizacional de un Hospital E.S.E., está conformada por el Consejo Directivo, Revisoría Fiscal, Gerencia, la Oficina de Asesoría Jurídica, la Oficina de Control Interno; la Subárea de Prestación de Servicios con Auditoría Médica, la Subárea de calidad, y la Subárea administrativa. Se presenta un Organigrama de un caso objeto de estudio, Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca.

Figura 1. Estructura Orgánica de un Hospital E.S.E., Caso Objeto de Estudio, Hospital E.S.E .Norte Puerto Tejada, Cauca.



Fuente: Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca. 2015.

Servicios. Un Hospital E.S.E., tiene algunos de los siguientes servicios:

- Atención hospitalaria
- Atención quirúrgica.
- Apoyo diagnóstico.
- Atención de urgencias.
- Toma de muestras para laboratorio y patología.
- Tipos de estudios radiológicos digitales.
- Tipos de estudios ecográficos.
- Laboratorio clínico.
- Tipos de estudio endoscópicos.
- Apoyo terapéutico.

- Programa de farmacodependencia.

Entes que Vigilan los Hospitales E.S.E. Los entes que vigilan los Hospitales E.S.E., son los siguientes:

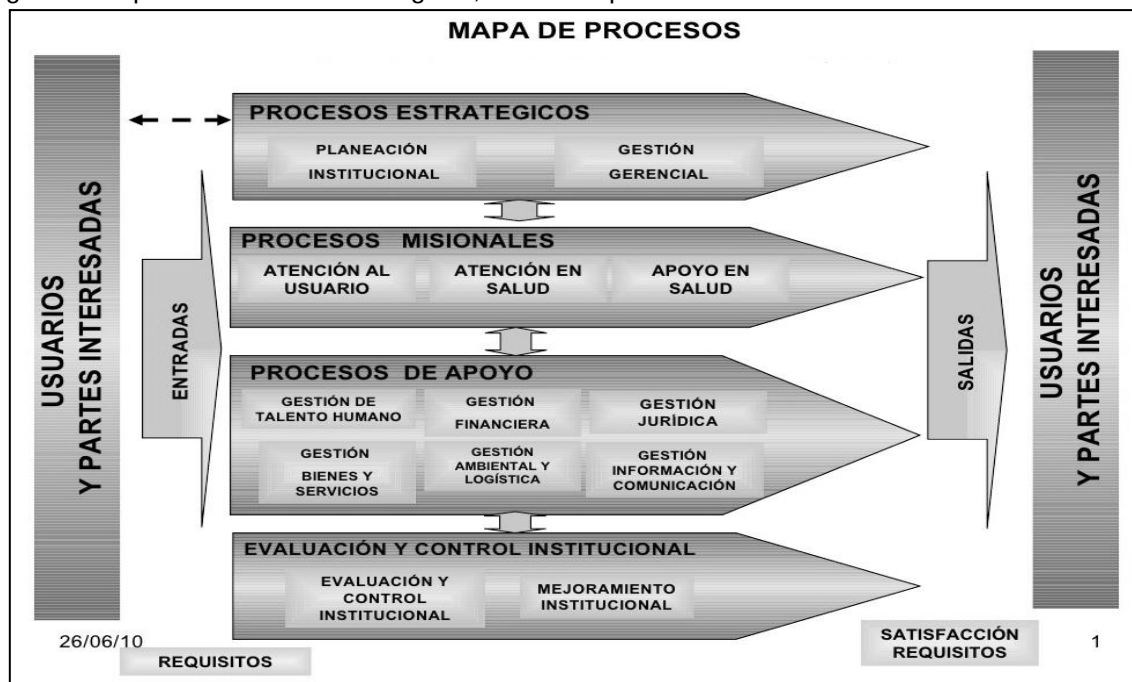
Entes Externos: la Contraloría General de la República, a través de reportes e informes y auditorías, organismos de control fiscal; Ministerio de Salud y Protección Social, a través de reportes e informes; Procuraduría General de la Nación, a través de informes y auditorías; y organismo de control disciplinario.

Entes Internos: Revisoría Fiscal, a través de reportes de informes y auditoría; y Oficina de Control Interno, a través de reportes, auditorías presenciales e informes.

1.7.4.2 Procesos en un Hospital E.S.E. Los procesos en un Hospital E.S.E., están compuestos por Procesos Estratégicos, Procesos Misionales (de Operación), Procesos de Apoyo, y Proceso de Evaluación y Control Institucional.

Los procesos estratégicos, son los procesos que están relacionados con la dirección; y se refieren a la política, estrategia, planes de mejoras, etc., que consiguen armonizar los procesos operativos con los de apoyo.

Figura 2. Mapa de Procesos Estratégicos, en un Hospital E.S.E.



Fuente: Mapa de Procesos Caso Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca.

Los Procesos Operativos, son los procesos implicados directamente con la prestación de servicio, como la atención al usuario, la atención en salud, y el apoyo en salud.

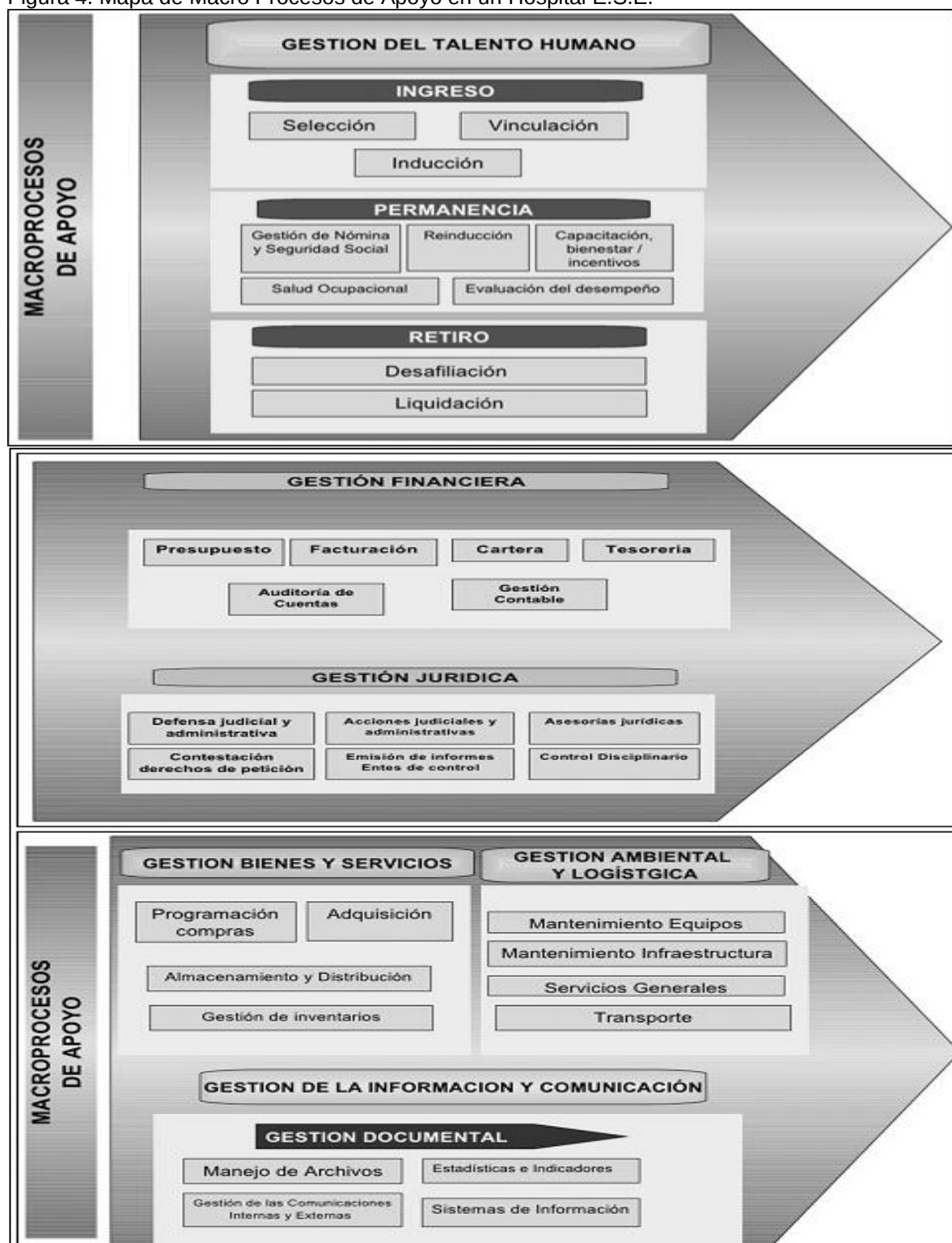
Figura 3. Mapa de Procesos Operativos en un Hospital E.S.E.



Fuente: Mapa de Procesos Caso Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca

Los Macro procesos de Apoyo y Soporte, son procesos operativos, aportando los recursos necesarios. Son procesos en los que el cliente es interno, como gestión del talento humano, su ingreso, permanencia y retiro.

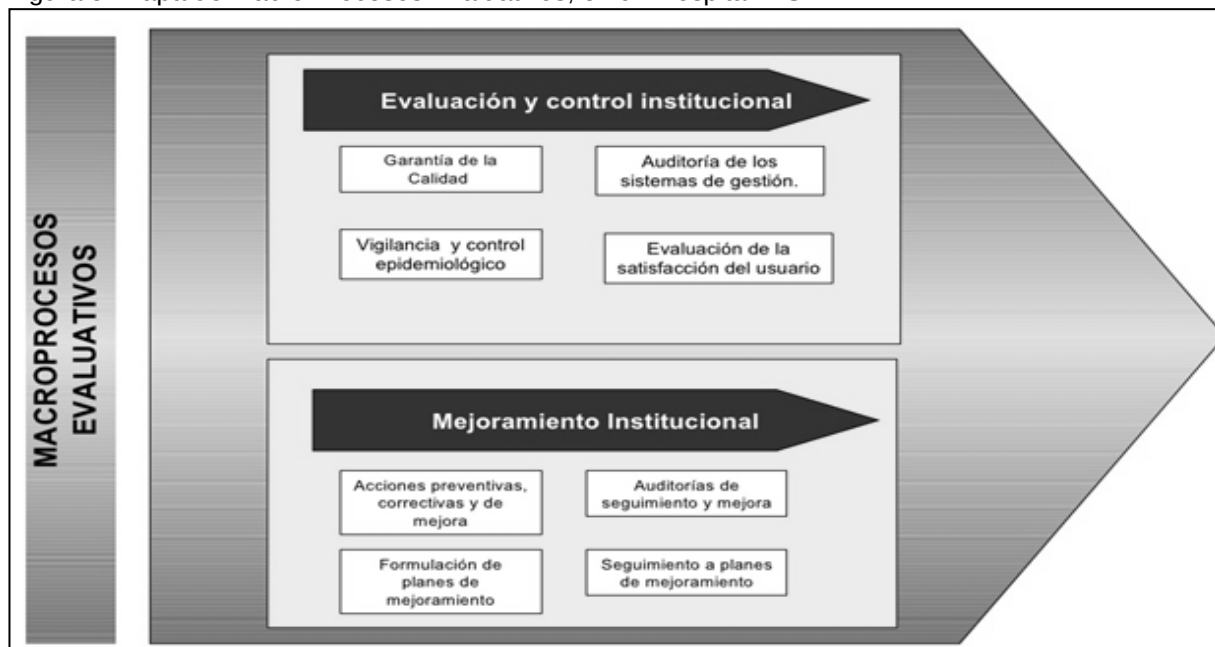
Figura 4. Mapa de Macro Procesos de Apoyo en un Hospital E.S.E.



Fuente: Mapa de Procesos Caso Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca.

El Macro proceso Evaluativo, se refiere a actividades programadas, sistemáticas y documentadas para obtener evidencias que, al ser evaluadas de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios (parámetros, referencias, requisitos, normas, tanto internos (como base documental), como externos, (legislación) definidos como modelo o patrón frente a los cuales se realiza la evaluación.

Figura 5. Mapa de Macro Procesos Evaluativos, en un Hospital E.S.E.



Fuente: Mapa de Procesos Caso Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca.

La evaluación del desempeño institucional, se realiza para asegurar la conveniencia (grado de coherencia con las metas y políticas organizacionales), la adecuación (determinación de la suficiencia total de las acciones, decisiones, etc., para cumplir los requisitos), eficacia (grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados), eficiencia (relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados) y efectividad (medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles) del Sistema Integrado de Gestión, para alcanzar los objetivos establecidos.³

Esta evaluación semestral es realizada por el equipo directivo del Hospital E.S.E. Norte de Puerto Tejada, Cauca, y reúne los resultados de todos los mecanismos de evaluación establecidos, desde el autocontrol hasta la evaluación externa.

³ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013.

1.8 METODOLOGIA

1.8.1 Tipo de Estudio

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

Por ello el tipo de estudio que se tomó para realizar la presente investigación fue el Descriptivo, por que ayudó a asemejar las actividades exactas, para la identificación del problema a tratado.

Los estudios descriptivos acuden a técnicas específicas para ser detalladas, como son la recolección de información a través de la observación y las preguntas formales e informales, en la empresa a ser investigada. Será aplicado el estudio descriptivo, puesto que a través de él se especificaron características de las variables que se utilizaron, para una evaluación del servicio de salud prestado de acuerdo con la auditoría interna aplicada; también se detallaron las características de un Hospital E.S.E., con respecto a los procesos y procedimientos que se llevan a cabo.

1.8.2 Método de Investigación

Se define el Método de Deducción como concepto de la lógica y se relaciona con el denominado Método Deductivo de Investigación propio de la Metodología.

El método que se utilizó en la investigación fue el Método Deductivo, porque se partió realizando una descripción de un Hospital E.S.E., seleccionándolo, como objeto de estudio para poder ubicar la problemática a tratar por medio de encuestas a la población usuaria del servicio de salud de dicha entidad, para especificar las anomalías y/o fortalezas, que se presentan durante la prestación del servicio de salud y por ende definir cuál es la problemática real, que existe y cuál es el control de auditoría, que se aplica, el cual permite el buen desempeño de la entidad pública.

1.8.3 Fuentes de Información

Las fuentes de información según Sánchez, son todos lo escritos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia que proporcionan información original, y que se obtiene por el propio investigador con el fin de contrastar sus hipótesis. Por ello se recurrió a toda aquella información que fue

útil y que permitió profundizar sobre el tema a tratar, como artículos, páginas web, tesis de grado, leyes y decretos.

Fuentes Primarias. Teniendo en cuenta que una fuente de información primaria es un documental que se considera material de primera mano relativo a un fenómeno que se desea investigar o relatar, para este proyecto se utilizó un estudio de campo, para asistir hasta un Hospital E.S.E., denominado Hospital E.S.E. Norte de Puerto Tejada, y entrevistar informalmente a empleados y a su Director, para obtener información de primera mano, cómo es la atención al usuario en este Hospital.

Fuentes Secundarias. Para el caso de esta investigación las fuentes secundarias, aportaron información básica y necesaria, para tratar, y se encontraron compendiadas en tesis de grado, artículos virtuales, revistas, enciclopedias, etc.

1.8.4 Técnicas de Investigación

Observación. Teniendo en cuenta que es la técnica utilizada en los procesos científicos para la recolección de datos a través de la cual se busca captar la realidad que rodea el entorno, para posteriormente clasificar dichos datos en forma ordenada, lógica y estructurada, para con ellos poder dar solución al problema de investigación.

En el presente proyecto la observación de documentos fue pieza clave para llevar a cabo la investigación propuesta, fue a través de éstos, que las investigadoras pudieron enterarse acerca de los problemas que presenta el caso objeto de estudio Hospital E.S.E Norte de Puerto tejada Cauca, referente a su desempeño de acuerdo a su control interno.

Cuestionario con Preguntas. En esta investigación se hizo necesaria la utilización de esta técnica como herramienta de trabajo, ya que la aplicación del cuestionario, dio posibilidad de acceso diferente a la información, y permitió percibir el problema, y mayor seguridad en los resultados del trabajo, logrando con ello obtener una información sobre la percepción del usuario del servicio de salud, que presta el caso objeto de estudio, el Hospital E.S.E. Norte del Puerto Tejada, que fue de gran utilidad para el proyecto de investigación y poder determinar, que la auditoría interna implementada en la entidad, si cumple su función y se presta un buen servicio de atención en salud a los usuarios.

1.8.7 Población y Muestra

Población. La población objeto de estudio, para identificar cómo ha afectado el servicio de salud a los usuarios, por la falta de aplicación de las normas y auditoría interna en el caso objeto de estudio, la Institución Prestadora de Salud Hospital E.S.E Norte de Puerto tejada, Cauca, fueron 3.160 usuarios del servicio de salud en el Hospital.

Muestra. La muestra objeto de estudio que se escogió para aplicar el cuestionario con preguntas, que identifica cómo ha afectado el servicio de salud a los usuarios, en la Institución Prestadora de Salud Hospital E.S.E Norte de Puerto Tejada, fueron 350 usuarios. Para la selección de la muestra se aplicó una fórmula estadística, destacando a todos los usuarios que están inscritos en el Hospital.

1.8.8 Fases de Investigación

Consiste en la combinación de componentes teóricos, analíticos y prácticos, para identificar cómo ha afectado el servicio de salud a los usuarios, aun aplicando las normas y auditoría interna en el Hospital E.S.E Norte de Puerto tejada, Cauca. Se identificaron las siguientes fases para la investigación

Fase 1. Esta fase está dedicada a la lectura y análisis de documentos bibliográficos. Todo ello con la intención de marcar el campo de estudio y adquirir conocimientos, para formular una investigación fundamentada y motivada por la relevancia en la aplicación de conceptos aprendidos, y lograr realizar con claridad la investigación

Fase 2. Se realizó una encuesta con todos los puntos importantes que resaltan el servicio de salud, y que brindaron información de cómo ha afectado el servicio de salud a los usuarios, aun aplicando las normas y auditoría interna en la Institución Prestadora de Salud Hospital E.S.E Norte de Puerto tejada (Anexo A).

Fase 3. A partir de la información que brinda la encuesta se realizó un análisis para evidenciar de qué manera el servicio de salud afecta a la entidad y en qué grado de escala calificativa la deja; para ello se tabuló y analizó, la información, utilizando la estadística y fórmulas matemáticas, para obtener resultados a partir de la encuesta.

Fase 4. Una vez realizada la recopilación de información y analizada, se pasó a proponer mejoras al caso objeto de estudio Hospital E.S.E. Norte de Puerto Tejada, para optimizar los servicios de salud prestados a la población del municipio.

2. IDENTIFICACIÓN DE CÓMO ES EL SERVICIO DE SALUD PRESTADO A LOS USUARIOS, EN UN HOSPITAL E.S.E.

Con el propósito de garantizar la utilidad de la realización de los procedimientos de auditoría, de acuerdo con las directrices del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, y del modelo de auditoría interna, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es necesario identificar problemas o fallas de calidad, que afectan la entidad, o los aspectos del concepto de monitoreo, tiene determinante importancia para la entidad.⁴

Un problema y/o falta de calidad, es la diferencia que existe entre el resultado deseado y el obtenido en la realidad. La identificación de los problemas, puede hacerse a partir de la consulta de diversas fuentes, dentro de las cuales se pueden mencionar la “voz del cliente”, las directrices de la alta dirección, los informes de gerencia, las entrevistas o las encuestas a los proveedores de los servicios, los análisis de los procesos claves de la entidad, los registros regulares de la organización, la observación directa, evaluaciones de gestión, las informaciones competitivas, etc. El resultado del diagnóstico, es el establecimiento de los problemas de la entidad, que deben ser objeto del proceso de auditoría.

La auditoría interna es la que evidencia de qué manera la falta de aplicación de las normas, puede afectar a las entidades prestadoras del servicio salud Hospitales E.S.E

Por ello, en este capítulo se identifica cómo es el servicio de salud prestado en el caso objeto de estudio Hospital E.S.E. Norte de Puerto Tejada, a los usuarios, y para ello se han realizado encuestas, con preguntas, que brindan información, sobre cómo es el servicio de salud, que presta dicha entidad. Se presenta a continuación la ficha técnica de la encuesta que se realizó a los usuarios del Hospital E.S.E. Norte, de Puerto Tejada, Cauca:

⁴ Informe Final: manual de procesos críticos de auditoria para el mejoramiento de la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud. Programa de Apoyo a la Reforma a la Salud. 2011, p, 12.

2.1 FICHA TÉCNICA DE LA ENCUESTA

La siguiente es la Ficha Técnica de la Encuesta realizada a los usuarios del servicio de salud, del Hospital Norte ESE, Puerto Tejada, Cauca.

Cuadro 1. Ficha Técnica de la Encuesta a los usuarios del servicio de salud del Hospital Norte ESE, Puerto Tejada, Cauca.

Título del estudio	AUDITORIA INTERNA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL, PARA OPTIMIZAR EL SERVICIO EN LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD, HOSPITALES E.S.E.
Entidad donde se realizó el estudio	Caso Objeto de estudio Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca
Técnica de recolección	Encuesta estructurada realizada personalmente a los usuarios del Hospital ESE Norte, Puerto Tejada, Cauca
Universo	Todos los usuarios del servicio de salud del Hospital Norte ESE, Puerto Tejada.
Diseño Muestral	El método de muestreo fue Probabilístico Aleatorio Simple. Para esto se aplicó la fórmula al número de usuarios que asisten al Hospital Norte ESE, Puerto Tejada La aplicación de la muestra fue de la siguiente manera: Para Población finita: 100.000 o menos usuarios $n = \frac{Lc^2 \times P \times Q \times N}{(Me)^2 \times (N-1) + (Lc)^2 \times P \times Q}$ Tamaño de la muestra 3.160 usuarios aproximadamente El cálculo de la muestra se determina de la siguiente forma: Factores para el cálculo de la muestra n= Tamaño de la muestra P= Probabilidad de ocurrencia (50% = 0.50) Q= Probabilidad de no ocurrencia (50% = 0.50) Me= Margen de error 5% Lc= Nivel de confianza 98,68% (0.9868) N= Tamaño de la población = 2.000 usuarios $n = \frac{(0.9868)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 3.160}{(0.05)^2 \times (3.160-1) + (0.9868)^2 \times 0.50 \times 0.50}$ $n = \frac{769.28165}{2.21781856} = 347$ n = 347 encuestas El resultado anterior indica que se deben realizar mínimo 347 encuestas, a los usuarios del servicio de salud del Hospital Norte ESE, Puerto Tejada, Cauca.
Tamaño de la muestra	Se encuestaron a 350 usuarios del servicio de salud
Personas que respondieron	350 usuarios del servicio de salud respondieron porque dijeron que si les interesaba la encuesta.
Fecha de recolección	Febrero 8 a marzo 30 de 2015.
Estructura de las preguntas	Total preguntas: 4 -Total cuestionarios: 350 -Con opción de escogencia de respuesta. -Opcionales para ser respondidas abiertamente. -Opción de respuesta: SI, NO.
Características	Las encuestas se realizaron personalmente a cada uno de los usuarios. Se escogió como criterios de selección de la muestra, lo siguiente: Que habiten actualmente en el municipio de Puerto Tejada, que sean usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte, y que estuvieran dispuestos a realizar la encuesta.

Fuente: Diseño Propio.

2.1.1 Tabulación de las Encuestas

Una vez se realizaron y recolectaron las encuestas, se procedió a su tabulación en Tablas y Gráficas, para obtener los resultados y su respectivo análisis, como se muestra a continuación:

Se califica cada pregunta realizada en el cuestionario, teniendo en cuenta la Escala de Valoración de Rensis Likert:

Escala de Valoración:

- 1 Pésimo
- 2 Malo
- 3 Regular
- 4 Bueno

Tabla 1. Escala de Valoración

Rango	Criterios de Valoración
Puntaje Total entre 1.0 y 1.5	Pésimo
Puntaje Total entre 1.6-2.0	Malo
Puntaje Total entre 2.1-3.0	Regular
Puntaje Total entre 3.1-4.0	Bueno

Fuente: Diseño Propio con base en la Escala de Valoración del Sistema de Control Interno MECI 1000: 2005.

Debe aplicarse este juicio de valoración a cada una de las preguntas que conforman el cuestionario, que se diseñó para aplicar a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte Puerto Tejada.

1. ¿Si es usuario del servicio de salud del Hospital Norte ESE, Puerto Tejada, qué percepción tiene en general sobre el hospital? Responda en una escala de 1 a 5 donde: 1 – Pésimo 2 – Malo 3 – Regular 4 – Bueno.

Tabla 2. Percepción General que tienen los Usuarios del servicio de salud prestado, por el Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca.

Preguntas	Valoración	1 Pésimo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno	Total Usuarios	Puntaje Total
Hay fallas en el suministro de recursos, los espacios son incómodos, la información al paciente y familia son insuficientes	Frecuencia	61	85	92	112	350	
	%	0,17	0,49	0,79	1,28		
	ΣPuntaje	0,66		2,07			2,73
Existen esperas prolongadas	Frecuencia	69	94	67	120	350	
	%	0,20	0,54	0,57	1,37		
	ΣPuntaje	0,73		1,95			2,68
El personal tiene dificultades en el trato al paciente	Frecuencia	57	76	88	129	350	
	%	0,16	0,43	0,75	1,47		
	ΣPuntaje	0,60		2,23			2,83

El persona es Cálido y colaborador	Frecuencia	47	81	94	128	350	
	%	0,13	0,46	0,81	1,46		
	ΣPuntaje	0,60		2,27			2,87
ΣPuntaje TOTAL							2,78

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

Explicación de la Valoración:

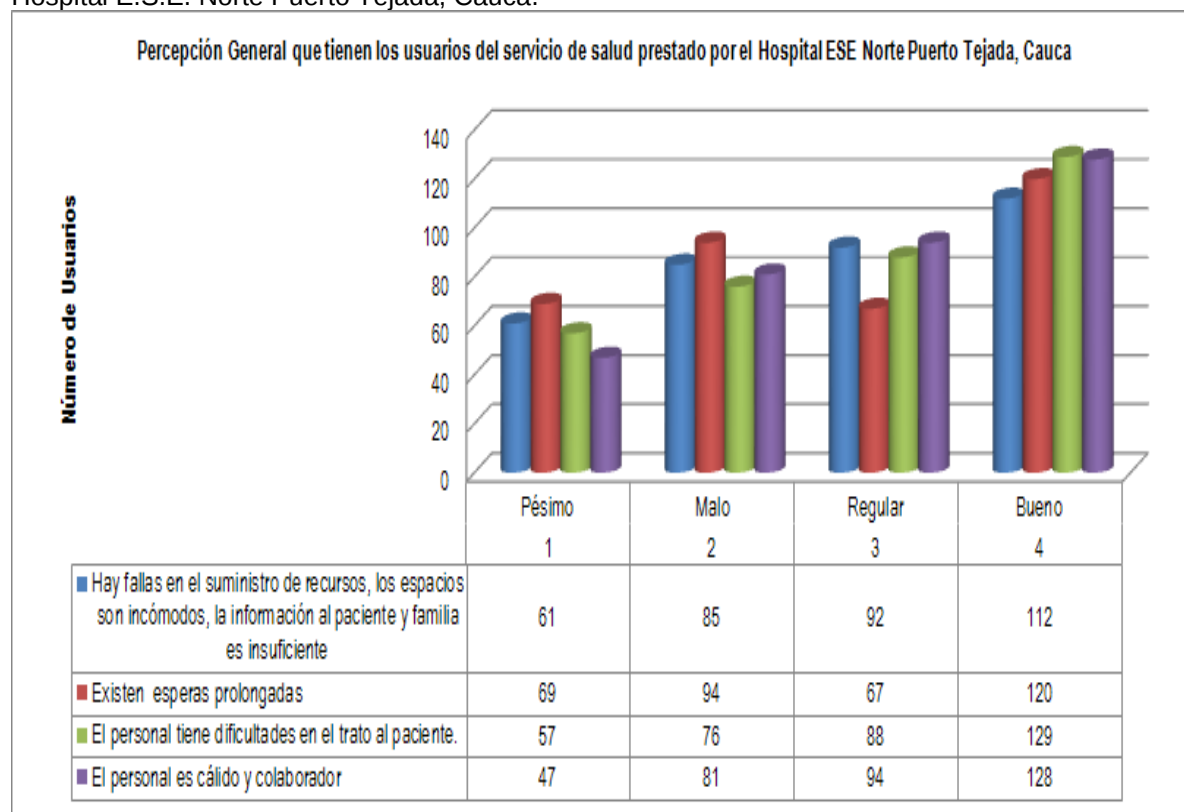
$$\% = 61/350 \times 1 = 0.17$$

$$\Sigma \text{Puntaje} = 0.66 + 2.07 = 2.73$$

$$\Sigma \text{Puntaje TOTAL} = (2.73 + 2.68 + 2.83 + 2.87) / 4 \text{ preguntas} = 2.78$$

De la misma forma se sigue sacando el porcentaje, la sumatoria del puntaje y la sumatoria del puntaje total, con las siguientes preguntas que siguen.

Gráfica 1. Percepción General que tienen los Usuarios del servicio de salud prestado, por el Hospital E.S.E. Norte Puerto Tejada, Cauca.



Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

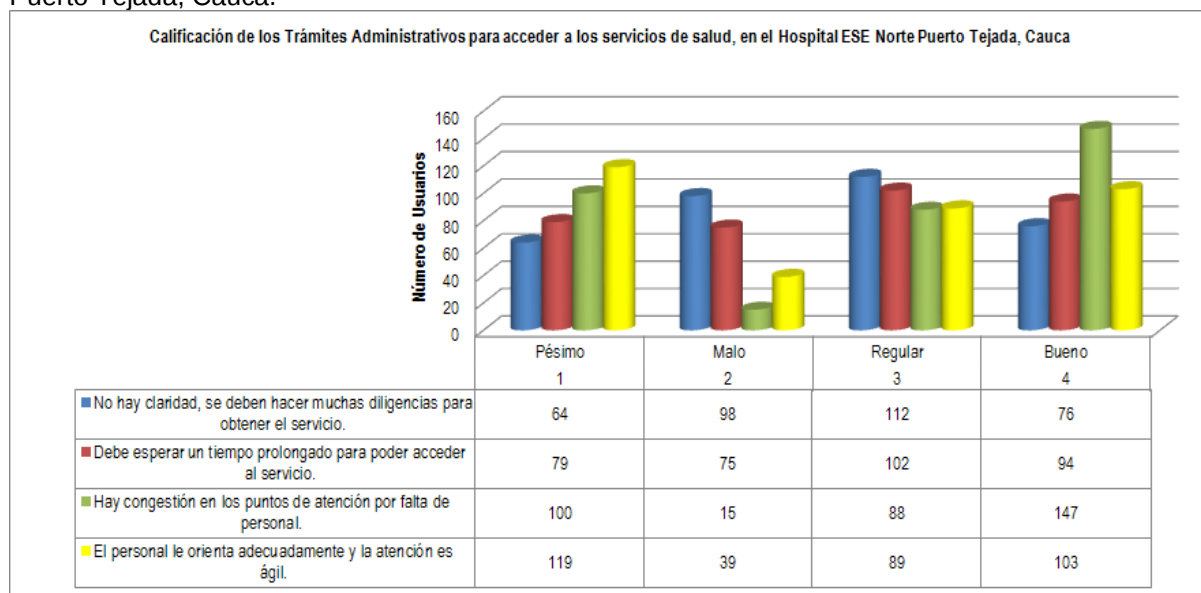
2. Los trámites administrativos para acceder a los servicios son: Responda en una escala de 1 a 5 donde: 1 – Pésimo 2 – Malo 3 – Regular 4 – Bueno

Tabla 3. Trámites Administrativos para acceder a los servicios de salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca.

	Valoración	1 Pésimo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno	Total	Puntaje Total
No hay claridad, se deben hacer muchas diligencias para obtener el servicio.	Frecuencia	64	98	112	76	350	
	%	0,18	0,28	0,32	0,21		
	ΣPuntaje	0,74		1,83			2,57
Debe esperar un tiempo prolongado para poder acceder al servicio.	Frecuencia	79	75	102	97	353	
	%	0,22	0,42	0,87	1,10		
	ΣPuntaje	0,65		1,97			2,61
Hay congestión en los puntos de atención por falta de personal.	Frecuencia	100	15	88	147	350	
	%	0,29	0,09	0,75	1,68		
	ΣPuntaje	0,37		2,43			2,81
El personal le orienta adecuadamente y la atención es ágil.	Frecuencia	119	39	89	103	350	
	%	0,34	0,22	0,76	1,18		
	ΣPuntaje	0,56		1,94			2,50
ΣPuntaje TOTAL							2,62

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

Gráfica 2. Trámites Administrativos para acceder a los servicios de salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, Cauca.



Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

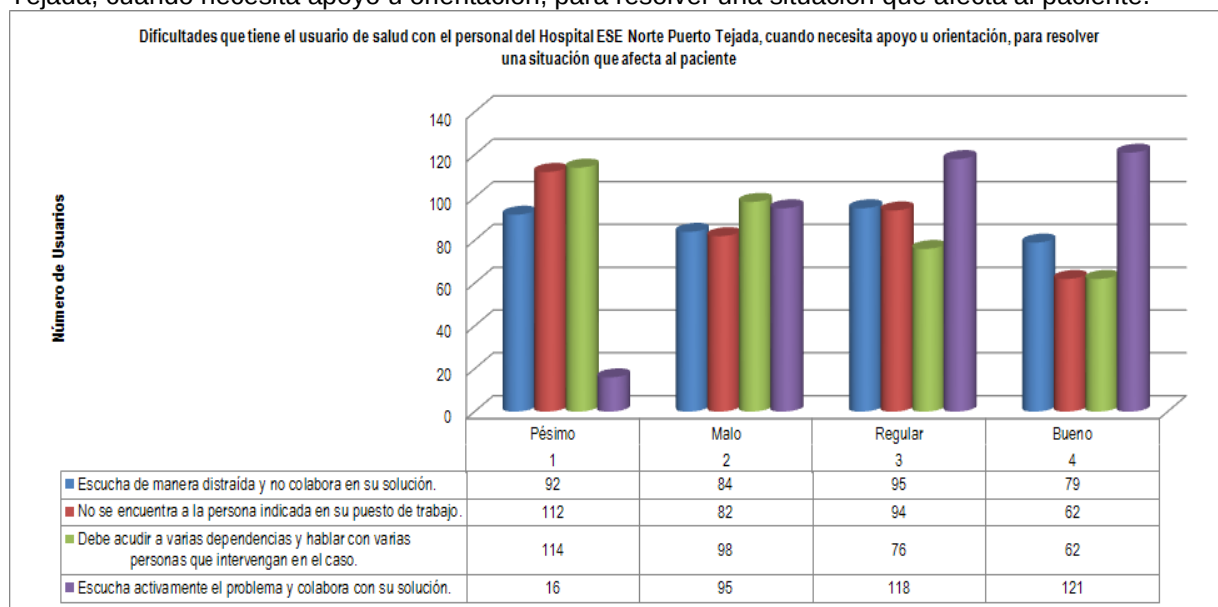
3. Cuando tiene dificultades y necesita apoyo u orientación para resolver una situación que afecta al paciente, el personal: Responda en una escala de 1 a 5 donde: 1 – Pésimo 2 – Malo 3 – Regular 4 – Bueno.

Tabla 4. Dificultades que tiene el usuario de salud con el personal del Hospital ESE Norte Puerto Tejada, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente.

	Valoración	1 Pésimo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno	Total	Puntaje Total
Escucha de manera distraída y no colabora en su solución.	Frecuencia	92	84	95	79	350	
	%	0,26	0,24	0,27	0,90		
	Σ Puntaje	0,74		1,72			2,46
No se encuentra a la persona indicada en su puesto de trabajo	Frecuencia	112	82	94	62	350	
	%	0,32	0,23	0,26	0,17		
	Σ Puntaje	0,79		1,51			2,30
Debe acudir a varias dependencias y hablar con varias personas que intervengan en el caso.	Frecuencia	114	98	76	62	350	
	%	0,33	0,56	0,65	0,71		
	Σ Puntaje	0,89		1,36			2,25
Escucha activamente el problema y colabora con su solución.	Frecuencia	16	95	118	121	350	
	%	0,05	0,54	1,01	1,38		
	Σ Puntaje	0,59		2,39			2,98
Σ Puntaje TOTAL							2,50

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

Gráfica 3. Dificultades que tiene el usuario de salud con el personal del Hospital ESE Norte Puerto Tejada, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente.



Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

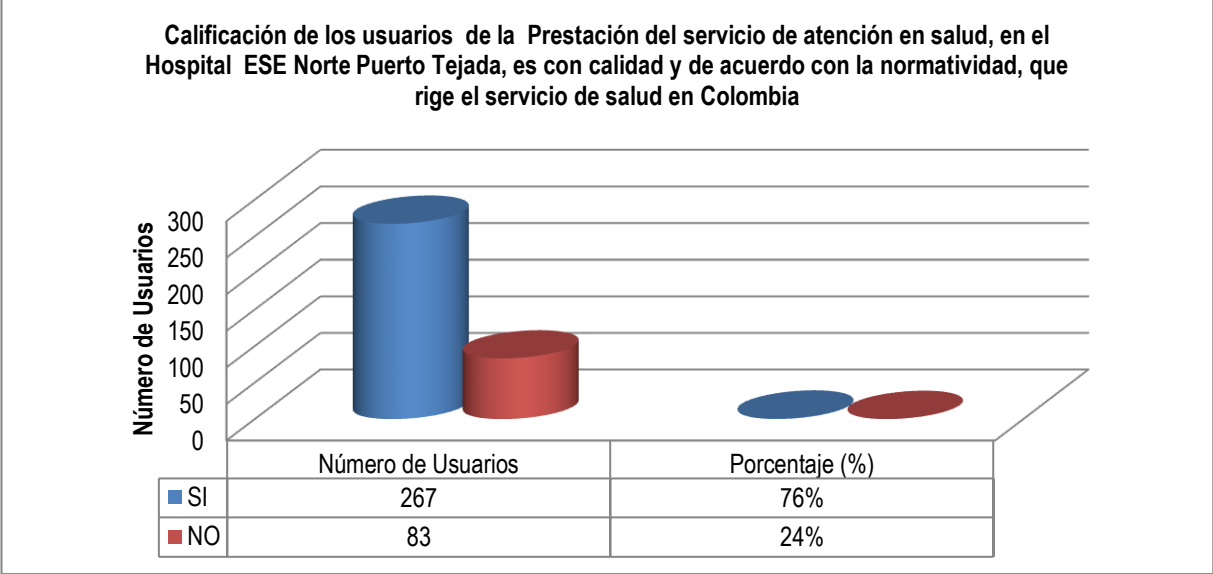
4. ¿La entidad presta un servicio de atención en salud, con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia?

Tabla 5. Calificación de los usuarios de la Prestación del servicio de atención en salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, con respecto a calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.

Variable	Número de Usuarios	Porcentaje (%)
SI	267	76%
NO	83	24%
TOTAL	350	100

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

Gráfica 4. Calificación de los usuarios de la Prestación del servicio de atención en salud, en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, con respecto a calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.



Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

Los 83 usuarios del servicio de salud, del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, que contestaron que la Prestación del servicio de atención en salud, no es con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia, justificaron su respuesta basados en los siguientes fundamentos:

Cuadro 2. Justificación de los usuarios del servicio de salud, del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, que contestaron que la prestación del servicio de atención en salud, no es con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.

Porque no cumple
Por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
Porque no es una entidad que garantice una buena atención
Porque no
No cumple con nada de lo allí se menciona
No cumple
No cumple
Por todo lo anterior
Porque no es una empresa vigilada no cumple con nada
No cumple
No es buena en aplicar normas
No cumple
Por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
Por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No es una entidad que siga las normas del gobierno
Por todo lo anterior mencionado no cumple

Por todo lo que aquí se expone
No cumple, no es buena, no cumple por todo lo anterior
Teniendo en cuenta las normas que regulan estas entidades podría mencionar que el hospital es bueno, sólo que por los manejos dados no alcanza el nivel en el cual debería estar,
No cumple
Es una entidad con muy pocas bases y no cumple
Por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No presta un buen servicio por falta de aplicación de normas
Por todo lo anterior no cumple
No alcanza a ser una buena entidad por regular servicio
No cumple, no hay normas aquí
Este servicio no cumple con las normas vigentes, falta apoyo y buen manejo por parte de los trabajadores.
Porque no cumple
La entidad no presta un buen servicio por todo lo anterior
La entidad no cumple por todo lo anterior
No presta un buen servicio, sus trabajadores no tienen un perfil para ayudar a los usuarios y por supuesto no acatan las normas existentes.
La entidad no presta un buen servicio por todo lo anterior
La entidad no presta un buen servicio por todo lo anterior
No es buena por todo lo anterior ni cumple normas
No cumple, ni sigue las normas de las entidades de salud
Por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No presta un buen servicio por que le falta a sus colaboradores compromiso
No presta un buen servicio por que le falta a sus colaboradores compromiso
La entidad no presta un buen servicio por todo lo anterior
La entidad no presta un buen servicio por todo lo anterior
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
Para ser un hospital le falta acogerse más a las normas, por eso y mas no cumple con las normas que rigen las entidades de salud.
Porque no hay disposición de sus trabajadores para que mejore en cuanto a las normas
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
Dentro de las normas se encuentra que se debe dar atención prioritaria según la edad, y aquí no se cumple, por esto y más no alcanza a un buen nivel de servicio.
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple con un buen servicio y no se acoge a ninguna norma
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
no cumple por una sencilla razón sus trabajadores no son lo suficientemente capacitados para sacar adelante este hospital y hacer cumplir las normas, si las acogiera todo sería diferente
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)

Este servicio no cumple con las normas vigentes
Da un mal servicio, no cumple y mucho menos sigue las normas vigentes
No cumple por falta de apoyo por parte de la alcaldía que esconde el presupuesto.
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
Este servicio no cumple con nada (preguntas 1 a 3)
Este servicio no cumple con las normas vigentes y el personal no colabora
Este servicio no cumple con las normas, ni con nada es una entidad mala.
No cumple, ni garantiza un buen servicio por todo lo anterior.
No cumple y no mejorara nunca porque no se acoge a las normas que lo regulan.
No cumple por todo lo anterior.
Este servicio no cumple con las normas vigentes
Es un servicio malo y jamás funcionara por no acogerse a las normas
No presta un servicio de calidad por que le falta apoyo por parte del gobierno.
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)
No cumple por todo lo anterior (preguntas 1 a 3)

Fuente: Encuestas realizadas a los usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, Cauca.

2.2 RESULTADOS DE LA IDENTIFICACIÓN DE CÓMO ES EL SERVICIO DE SALUD PRESTADO A LOS USUARIOS, EN EL CASO OBJETO DE ESTUDIO HOSPITAL E.S.E NORTE DE PUERTO TEJADA, CAUCA

Los resultados de la identificación del servicio de salud prestado a los usuarios, en el Hospital E.S.E Norte Puerto Tejada, Cauca, fueron los siguientes:

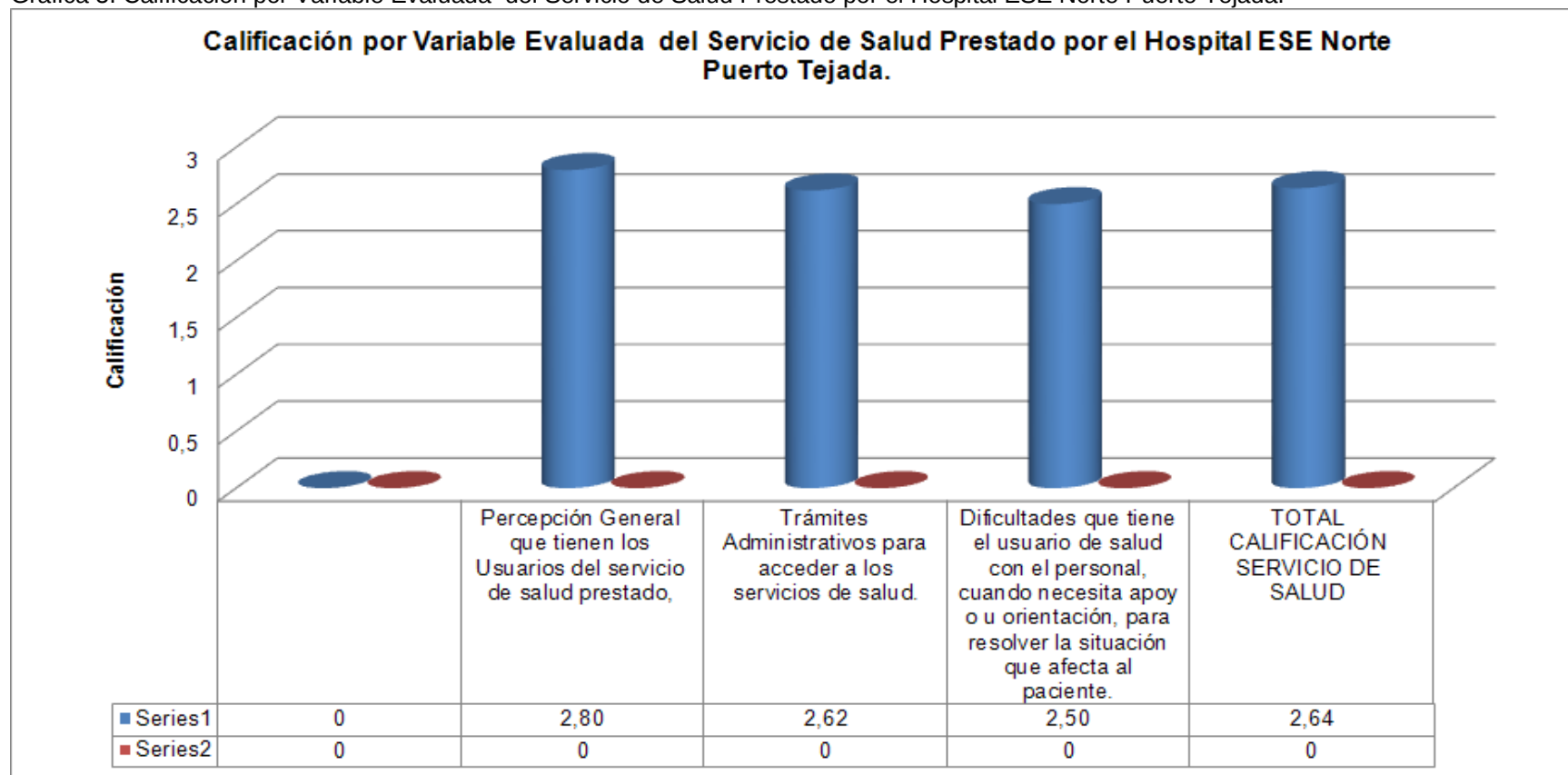
Tabla 6. Calificación por Variables Evaluada del Servicio de Salud Prestado por el Hospital ESE Norte Puerto Tejada.

Variable	Calificación	Criterio de Valoración
Percepción General que tienen los Usuarios del servicio de salud prestado,	2.80	Regular
Trámites Administrativos para acceder a los servicios de salud.	2.62	Regular
Dificultades que tiene el usuario de salud con el personal, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente.	2.50	Regular
TOTAL CALIFICACIÓN SERVICIO DE SALUD	2.64	REGULAR

Fuente: Diseño Propio, con base en Tabulación de las encuestas realizadas a usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte Puerto Tejada.

Explicación: $2.80+2.62+2.50/3 = 2.64$

Gráfica 5. Calificación por Variable Evaluada del Servicio de Salud Prestado por el Hospital ESE Norte Puerto Tejada.



Fuente: Diseño Propio, con base en Tabulación de las encuestas realizadas a usuarios del servicio de salud del Hospital ESE Norte Puerto Tejada, caso de estudio de este proyecto de investigación.

2.2.1 Análisis de los Resultados

El análisis de los resultados de la identificación del servicio de salud prestado a los usuarios, en el caso de estudio Hospital E.S.E Norte de Puerto Tejada, Cauca, son los siguientes:

2.2.1.1 Percepción General que tienen los usuarios del servicio de salud prestado: este aspecto general obtuvo una calificación de 2.78, con un criterio de valoración de REGULAR. Esta variable fue integrada por las siguientes preguntas:

Hay fallas en el suministro de recursos, los espacios son incómodos, la información al paciente y familia es insuficiente, fue calificada por 146 usuarios como 1Pésima y 2Mala; y por 204 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.46 en el criterio REGULAR

Existen esperas prolongadas, calificada por 163 usuarios como 1Pésima y 2Mala; y por 187 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.30 en el criterio REGULAR.

El personal tiene dificultades en el trato al paciente, fue calificada por 133 usuarios como 1Pésima y 2Mala; y por 217 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.25 en el criterio REGULAR.

El personal es cálido y colaborador, fue calificada por 128 usuarios como 1Pésima y 2Mala; y por 222 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.98 en el criterio REGULAR.

Con este análisis puede concluirse que, el caso de estudio Hospital E.S.E. Norte de Puerto Tejada, requiere mejorar la percepción general que tienen los usuarios del servicio de salud prestado, en lo referente al suministro de recursos, los espacios, manejar una información eficiente tanto para el paciente como para su familia; no hacer esperar tanto a los usuarios del servicio, cuando éstos acuden al Hospital a adquirir el servicio de salud.

Continuar mejorando el trato al paciente por parte del personal, que a pesar de ser calificado por 225 usuarios de 350 encuestados con una calificación de Regular y Bueno, tienen que mejorar más aun el trato a los usuarios, pues hubieron 133 usuarios que calificaron al personal en el trato al paciente con Pésimo y Malo; igualmente sucede con la colaboración y amabilidad que deben dar el personal a los usuarios, de los cuales 222 usuarios de 350 encuestados, les dieron una calificación de Regular y Bueno en este aspecto, pero deben mejorar ya que 128 usuarios los calificaron en este aspecto como pésimo y malo.

Para mejorar la percepción general que tienen los usuarios del servicio de salud prestado, según el caso de estudio, Hospital ESE Norte Puerto Tejada, éste tendrá que ser eficiente en la aplicación de la normatividad de la auditoría interna, pues ésta apunta es hacia la atención en salud, definida como el conjunto de servicios que 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 promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se prestan a toda la población, lo cual debe entender el Hospital ESE Norte Puerto Tejada en los siguientes términos: ⁵

- Que el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance y el ámbito de los servicios asistenciales. El cuidado de la salud de los usuarios del Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.
- Que la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EPS y las IPS, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del cual hace parte el caso de estudio, Hospital ESE Norte de Puerto Tejada.

2.2.1.2 Trámites Administrativos para acceder a los servicios de salud.

Este aspecto obtuvo una calificación de 2,62, con un criterio de valoración de REGULAR. Esta variable fue integrada por las siguientes preguntas:

No hay claridad, se deben hacer muchas diligencias para obtener el servicio, fue calificada por 162 usuarios del servicio de salud, como 1Pésimo y 2Malo; y por 188 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.57, en el criterio REGULAR.

Debe esperar un tiempo prolongado para poder acceder al servicio, fue calificada por 154 usuarios del servicio de salud como 1Pésimo y 2Malo; y por 196 usuarios

⁵ Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. 2007, p, 17.

como 3Regular y 4Bueno. Con una Calificación final de 2.61, en el criterio REGULAR.

Hay congestión en los puntos de atención por falta de personal, fue calificada por 115 usuarios del servicio de salud como 1Pésimo y 2Malo; y por 235 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.81, en el criterio REGULAR.

El personal le orienta adecuadamente y la atención es ágil, fue calificada por 158 usuarios del servicio de salud como 1Pésimo y 2Malo; y por 192 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.50, en el criterio REGULAR.

El anterior análisis permite establecer que, en lo que se refiere a los trámites administrativos para acceder a los servicios de salud, el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, tiene que mejorar en lo referente a aplicar una reingeniería en los procesos de tramitología y tiempo, para acceder al servicio de salud; descongestionar los puntos de atención adquiriendo más personal para la atención; y hacer que el personal sea más ágil y oriente eficientemente a los usuarios cuando éstos requieren de información inmediata, pues 138 usuarios de 350 usuarios encuestados, calificaron este aspecto como pésimo y malo.

Se requiere auditar internamente más los trámites administrativos, para acceder a los servicios de salud, en el Hospital ESE Norte de Puerto Tejada, para que los usuarios del servicio de salud, no se quejen y cada día estén más satisfechos con el servicio de salud prestado por esta entidad, para seguridad de sus pacientes.

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante operatividad de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuáles han sido los errores que se han cometido y pueden culminar en daño al paciente; como de manera proactiva cuáles son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas, para prevenirlas de manera sistemática, a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).⁶

⁶ Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. 2007, p, 23.

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requerida para remediar o mitigar sus consecuencias.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes. Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creencia de una cultura organizacional autocrática y proactiva, ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

2.2.1.3 Dificultades que tiene el usuario de salud con el personal, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente.

Este aspecto obtuvo una calificación de 2,50, con un criterio de valoración de REGULAR. Esta variable fue integrada por las siguientes preguntas:

Escucha de manera distraída y no colabora en su solución, fue calificada por 176 usuarios del ser vicio de salud como 1Pésimo y 2Regular; y por 174 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.46. Con una calificación final de 2.42, en el criterio REGULAR.

No se encuentra a la persona indicada en su puesto de trabajo, fue calificada por 194 usuarios del servicio de salud como 1Pésimo y 2Malo; y por 156 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.30, en el criterio REGULAR.

Debe acudir a varias dependencias y hablar con varias personas que intervengan en el caso, fue calificada por 212 usuarios del servicio de salud como 1Pésimo y 2Malo; y por 138 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.25, en el criterio REGULAR.

Escucha activamente el problema y colabora con su solución, fue calificada por 111 usuarios del servicio de salud como 1Pésimo y 2Malo; y por 239 usuarios como 3Regular y 4Bueno. Con una calificación final de 2.98, en el criterio REGULAR.

Este análisis permite conocer que si existen dificultades para los usuarios de salud con el personal, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación

que afecta al paciente, pues no se encuentra a la persona indicada en su puesto de trabajo, por ende los usuarios tienen que acudir a varias dependencias y hablar con varias personas para que intervengan en el caso; también el personal, escuchar activamente y colaborar en la solución del problema que tiene el usuario.

La auditoría interna en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, debe supervisar las dificultades que tiene el usuario de salud con el personal, cuando necesita apoyo u orientación, para resolver una situación que afecta al paciente, puesto que según la auditoría interna en salud, la atención en salud debe estar centrada en el usuario de este servicio; la norma entiende como cliente o usuario, al cliente externo. En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población.⁷

Para lograr este objetivo, se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente, para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, deba coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la entidad hasta que sale.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son: las entidades, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio; la evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo, que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la entidad involucrada en cada proceso; y por último, el respaldo y el compromiso como factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así, los directivos de la entidad juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

⁷ Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. 2007, p, 23.

2.2.1.4 La entidad presta un servicio de atención en salud, con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia. En este aspecto 84 personas que equivale a (un 24%) de las personas encuestadas. respondieron que la entidad no presta un servicio de atención en salud, con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia; y 267 usuarios respondieron que la entidad si presta un servicio de atención en salud, con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia.

Permite establecer el anterior análisis, que aún existen usuarios del Hospital ESE Norte Puerto Tejada (84 de 350 encuestados), que no están conformes con la prestación del servicio de atención en salud, con calidad y de acuerdo con la normatividad que rige el servicio de salud en Colombia. Por ello, se debe seguir mejorando este aspecto y la entidad, aplicar toda la normatividad que rige el servicio de salud en el país, para que éste sea de calidad y los usuarios, estén satisfechos.

Definir la auditoría interna para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un componente de mejoramiento continuo, implica que su accionar se oriente a la obtención de resultados centrados en el cliente; que aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales está correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad, no tiene sentido la auditoría.⁸

Que sus evaluaciones no se enfoquen hacia las unidades administrativas particulares, sino que entienda el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo, que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúan con las otras unidades, para la prestación del servicio con calidad.

Que los resultados se basen en la evidencia, tanto en la medida en que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados, lo cual implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, así como de otras experiencias similares.

Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella deben generar retorno, ojalá medible en términos de contención d costos de

⁸ Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. 2007, p, 27.

no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia).

Que el impacto se oriente hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables, y promueve la internalización en el profesional y en la entidad de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la autoevaluación y el autocontrol. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación, se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través de cual la entidad o el profesional puede implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genera satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

El mejoramiento de la calidad del servicio de salud está fundamentado en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, del Ministerio de Protección Social, el cual contiene los principios y los elementos constitutivos del Modelo de Auditoría.⁹

Los principios rectores en los que fundamenta la auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud son los siguientes:

Promoción del autocontrol, la auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la entidad, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque preventivo, la auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y respeto, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso

⁹ Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. 2007, p, 29.

serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez, las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables, para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

Confiabilidad, los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

Validez, los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentiva el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacta en fortalecer la viabilidad de la entidad y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética. La implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, se debe evaluar en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genere. Solamente así, se podrá considerar la auditoría de la salud como exitosa.

3. EVIDENCIA DE LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUDITORÍA INTERNA, EN LOS HOSPITALES E.S.E., Y EL EFECTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LOS USUARIOS

La auditoría interna es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado, para evaluar y mejorar los procesos de gestión.

En cumplimiento de la misión y objetivos institucionales de los Hospitales E.S.E., debe elaborarse un Plan de Auditoría, como instrumento de planificación, para ejercer la vigilancia de la gestión de esta entidad, conforme al mandato constitucional, legal y lineamiento del Comité Coordinador de control interno.

El Plan de Auditoría diseñado tiene que tener previsto ejecutar cierto número de auditorías a las diferentes dependencias y procesos de los Hospitales E.S.E., teniendo en cuenta que hay que tener implementado el Sistema de Control Interno MECI 1000:2005, y además debe hacerse acompañamiento al proceso de planes de mejoramiento.

Actualmente en el Hospitales E.S.E. Norte de Puerto Tejada, caso objeto de estudio, se evidenció, que existe debilidad en la aplicación de normas de auditoría interna, por lo que afecta la prestación del servicio de salud, para los usuarios, según la encuesta realizada a 350 usuarios del servicio de salud de esta entidad; igualmente debilidades en la aplicación de la normatividad que rige a las entidades prestadoras del servicio de salud, en Colombia, siendo éstas normas, la Constitución Política de Colombia, la Ley 100, la Ley 1122 de 1993 y de 2007, y la Ley 1438 de 2011.

Una herramienta fundamental para el desarrollo de las instituciones de salud IPS y EPS, es el contar con un técnico, serio, permanente y autoevaluado sistema de control interno, mediante la auditoría, cuyos componentes y procesos, se especifican a continuación, haciendo énfasis en su necesidad, utilidad y viabilidad.¹⁰

El sistema de control interno y de auditoría interna, es una gran herramienta de orden administrativo, preventivo, organizador y de control, que fue establecido muy acertadamente por su carácter inevitable para el sector público, por la

¹⁰ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 6.

Constitución Política de Colombia (artículos 209 y 269), la Ley 87 de 1993, obligatorio para las entidades públicas, y recomendado para las instituciones privadas, cuyo objetivo básico es modernizar las instituciones y obtener los mejores resultados al menor costo y con la mayor economía, en el menor tiempo posible, de la mayor calidad, para lograr la subsistencia, desarrollo, crecimiento y perfeccionamiento del mismo.

Aquellos gerentes o directores de Hospitales y Entidades de Salud, que aplican técnicamente y en forma completa el control interno y la auditoría, han logrado una gestión administrativa con unos resultados óptimos por su eficiencia, eficacia y economía, apoyados por los objetivos, elementos y características del sistema en forma integral. Estas labores se inician utilizando la planeación y sus diferentes etapas, definiendo en forma proyectada su misión, visión, objetivos, estrategias, políticas, programas, presupuestos, procedimientos, metas y demás elementos que integran las teorías de la calidad total, cuantificados y recopilados los datos en un plan de desarrollo con su dimensión a corto, mediano o largo plazo.¹¹

En el presente capítulo, se evidencia la aplicación de las normas de auditoría interna, en los Hospitales E.S.E., tomando como base el caso objeto de estudio Hospital E.S.E. Norte de Puerto Tejada, y el efecto en la prestación del servicio de salud. En esta entidad pública, se acredita una adecuada y técnica estructura organizacional, con un organigrama en el que se describen las funciones y responsabilidad, tanto de los empleados, como de las distintas unidades o secciones; aplicando el proceso administrativo, con una dirección y ejecución, cumpliendo su gestión conforme a lo proyectado en la entidad, efectuando el control y evaluación, desde cada funcionario, jefes y grupo de trabajo, hasta la gerencia general, la junta directiva y asambleas generales, incluyendo evaluaciones de sus afiliados, pacientes o clientes.

3.1 ACTIVIDADES EN CABEZA DEL GERENTE GENERAL, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y LAS NORMAS DE AUDITORÍA INTERNA, EN EL CASO OBJETO DE ESTUDIO, HOSPITAL E.S.E. NORTE, PUERTO TEJADA CAUCA

Las actividades en cabeza del gerente general, para el cumplimiento de los objetivos del sistema de control interno y las normas de auditoría interna, en Hospital E.S.E. Norte, Puerto Tejada, Cauca, se especifican a continuación:

¹¹ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 7.

- Rediseñar la estructura organizacional, con un organigrama flexible y simple, que aplica técnicamente la administración, con definición clara de funciones, responsabilidades, autoridad, segregación de funciones, comunicaciones, objetivos y compromisos individuales y de grupos, a todos los niveles del hospital.
- Elaboración, renovación, mejoras y evaluación, permanentemente de los manuales de procedimientos, protocolos, guías de atención, de todas las dependencias y actividades de la entidad de salud, en todos los ciclos administrativos, técnicos, operativos y científicos.
- Elaboración, actualización, mejoramiento y evaluación permanentemente de los manuales de funciones de todos y cada uno de las personas, que laboran en la entidad de salud en diferentes niveles, así como de sus distintas unidades.¹²
- Diseñar y organizar un sistema integral de información electrónica en la entidad de salud con disponibilidad y acceso de cualquier persona interesada en los datos a nivel interno y externo, utilizando una red de computación.
- Administrar técnica y adecuadamente el Talento Humano, de la entidad, mediante el establecimiento de políticas previas de selección, orientación, inducción, capacitación, actualización, promoción y remuneración salarial apropiadas y ajustadas con características técnicas, así como sus prestaciones sociales, reconocimiento de méritos y de apoyo o motivación, condiciones y suministro de elementos de trabajo esenciales, suficientes y adecuados, con unos reglamentos justos y conciliados, además de una obligatoria disciplina, con el señalamiento de sanciones por su incumplimiento.
- Organización técnica de un sistema de control de gestión a través de la auditoría interna, para evaluar la calidad, eficiencia, eficacia, la economía y efectividad de la entidad, y también mediante el diseño y manejo de indicadores e índices técnicos de todas las actividades, proyectadas como reales, determinando sus variaciones con sus correspondientes análisis y toma de decisiones correctivas.
- Aplicación en la entidad de salud, con toda su experiencia e integridad la Ley 87 de 1993, en desarrollo de la Constitución Política y las directrices generales

¹² BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 7.

de orden técnico y político, reglamentario, pero especialmente sus aspectos teóricos-prácticos.

- Utilización y aplicación en forma integral, en todas las actividades y unidades, la planeación.
- Reestructuración y/o creación de la Oficina Evaluadora del Sistema de Control Interno (auditoría interna), en la entidad de salud, que cumpla las labores de apoyo y consultoría, que le impuso la ley, con la asesoría necesaria a la dirección y a los funcionarios, para la aplicación y mejoramiento del sistema de control interno y de gestión en el hospital.
- Organización en la entidad de salud del Comité Coordinador y Evaluador del Sistema de Control Interno, integrado por los funcionarios del más alto nivel jerárquico, en cabeza de su gerente director, y reglamentando sus funciones y reuniones, de carácter legal y obligatorio.¹³
- Diseño y establecimiento de medidas de protección y seguridad de orden preventivo en la entidad de salud, para que cada uno de los procedimientos y actividades de la empresa estén protegidos contra riesgos, por pérdidas y errores, incluyendo y recubriendo las posibilidades de fraude.
- Organización técnica en la entidad, de un Sistema Contable y Financiero, utilizando la sistematización, que incluya un manejo segregado y analítico de costos y gastos, por centros de servicios o por conceptos, respaldados con un verdadero estudio y análisis financiero, tanto vertical como horizontal, comparativo, histórico, actualizando los valores, apoyado con información de tipo económica y estadística, para una adecuada toma de decisiones y su respectiva proyección hacia el futuro de la entidad, pero especialmente, para el manejo de unas verdaderas y técnicas tarifas de los diferentes servicios.
- Elaboración de planes de trabajo o programas de autoevaluación o de auditoría en toda la entidad, para realizar las valoraciones, monitoreo y respectivas auditorías y determinar los correctivos, respaldados con cronogramas, pruebas y papeles de trabajo.
- Diseño y propicio en la entidad de la aplicación de un adecuado control de gestión a realizar por parte de los usuarios y sus propios funcionarios, y una continua evaluación a sus autoridades y sus resultados, propiciando el mejoramiento continuo y el control ciudadano.

¹³ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 8.

- Fomento, apoyo y patrocinio permanentemente en la entidad a una nueva cultura hacia el control y la modernización, tanto a escala interna como externa, propiciando la autoevaluación o el autocontrol, para lograr el mejoramiento continuo y la calidad total, mediante una habitual capacitación.

Si se cumplen los principios constitucionales, y las teorías administrativas de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, como parte de este mismo sistema de control interno, se podrá asegurar y ratificar que estos elementos serían contundentes armas para acabar con el desorden, la irresponsabilidad de su personal, especialmente de sus directivos e incluso con la corrupción y la inmoralidad, ya que entre los objetivos del sistema de control interno y auditoría interna, está salvaguardar o proteger los bienes, recursos, dineros o elementos de la entidad, de pérdidas, desperdicios, malas utilizaciones y otras malas actividades, que afectan sus recursos y sus finanzas, bajo controles de sus presupuestos.

Por las razones técnicas descritas, es que se requiere capacitar a todo el personal de la entidad de salud, sobre el sistema de control interno y auditoría interna, los cuales son y deben ser de primer orden en la entidad, al interior de sus unidades, de todos sus funcionarios, como un básico instrumento de dirección, que garantiza la permanencia y el futuro de la misma y de sus entidades asociadas; por ende es una necesidad urgente y un compromiso de todos y para todos, lograr una organización eficiente, para beneficio y éxito del Hospital y la comunidad en general.¹⁴

Según la encuesta realizada a 350 usuarios del servicio de salud del Hospital Ese Norte Puerto Tejada, dicho servicio fue calificado finalmente con 2.64, en un criterio de REGULAR, significando que el control interno y la auditoría interna aplicada en la entidad, presenta debilidades que se deben mejorar, guiándose de la ley 100, la ley 1122 de 1193 y de 2007 y la ley 1438 de 2011, buscando con ella la mejora en el control interno y la auditoría interna.

Por otra parte, también hay que agregar que el control interno debe estar directamente relacionado con la contabilidad, pues los jefes necesitan estar seguros de que la información contable que reciben sea exacta y confiable, lo que se logra a través del sistema de control interno; estas medidas señaladas que debe tomar oportunamente la entidad de salud, tiene entre otros los siguientes fines:

¹⁴ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 8.

- Proteger sus recursos contra el despilfarro, el fraude o el uso ineficiente.
- Asegurar la exactitud y la confiabilidad de todo el sistema de información, tanto financiero, operativo, estadístico, especialmente sustentados y demostrados por los datos de la contabilidad y de las operaciones financieras.
- Asegurar el cumplimiento de las políticas, procedimientos, responsabilidades y en especial las normativas, que afectan los aspectos económicos de la entidad de salud.
- Evaluar permanentemente la gestión de la entidad, sus resultados y el desempeño de todas las áreas, divisiones operativas, administrativas y de servicios, así como como de sus funcionarios, pero haciendo y tomando correctivos, mediante planes de mejoramiento, donde se establezcan responsables de su ejecución, en fechas determinadas, para posteriormente hacer sus comprobaciones, para determinar el cumplimiento de sus obligaciones y responsabilidades.

Con el sistema de control interno y su auditoría y/o evaluación, se establecen los métodos, procedimientos y recursos utilizados por la entidad, para seguir la huella de sus actividades financieras y controlar tomando medidas de seguridad previa y oportunamente, para lograr su protección, y resumirlas de forma útil para quienes toman las decisiones en la entidad de salud.¹⁵

3.2 AUDITORÍA INTERNA PARA LOGRAR UN BUEN CONTROL INTERNO, EN LOS HOSPITALES E.S.E.

Las medidas de auditoría interna, para lograr un buen control interno en los Hospitales E.S.E., y para la satisfacción de los usuarios del servicio de salud son:

- El control o auditoría administrativa;
- La auditoría contable; objetivo básico del sistema de contabilidad;
- La necesidad de un adecuado control interno;
- La finalidad de evitar actos mercantiles ilegales, malversación y otras prácticas delictivas;
- El establecimiento de procedimientos de control;
- La subdivisión de funciones;

¹⁵ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 9.

- Realizar y solicitar rendición de cuentas y auditorías o comprobaciones internas;
- El diseño adecuado de documentos y registros;
- La implementación de Hardware (equipos) y Software (programas), elementos técnicos y electrónicos.¹⁶

3.2.1 El Control o Auditoría Administrativa

El control o auditoría administrativa, se refiere a las medidas diseñadas para mejorar la eficiencia operacional y que no tienen relación directa con la confiabilidad de los registros contables. Ejemplo de un control administrativo, es el requisito de que los trabajadores deben ser instruidos en las normas de seguridad y salud de su puesto de trabajo, o la definición de quienes pueden pasar a determinadas áreas de la empresa.

3.2.2 La Auditoría Contable

La auditoría contable consiste en las medidas que se relacionan directamente con la proyección de los recursos, tanto materiales, como financieros, autorizan las operaciones y aseguran la exactitud de los registros y la confiabilidad de la información contable. Ejemplo, de ello, es la normativa de efectuar un conteo físico parcial, mensual y sorpresivo de los bienes y recursos almacenados.

3.2.3 El Objetivo Básico del Sistema de Contabilidad

El objetivo básico del sistema de contabilidad, es proveer la información financiera, útil. El objetivo del control interno es, mantener a la entidad de salud operando de acuerdo con los planes y políticas trazadas; cada sistema depende directamente del otro.¹⁷

3.2.4 La Necesidad de un Adecuado Control Interno

La necesidad de un adecuado control interno, explica la naturaleza y la existencia misma de muchos registros, informes, documentos y procedimientos contables, financieros, operativos y de servicios.

3.2.5 La Finalidad de Evitar Actos Mercantiles Ilegales, Malversaciones y Otras Prácticas Delictivas

En el país, con la finalidad de evitar actos mercantiles ilegales, malversaciones y otras prácticas delictivas, se han aprobado normas que exigen a las entidades de salud, un adecuado control interno y contiene prohibiciones específicas contra

¹⁶ Ibidem., p, 9.

¹⁷ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 9.

prácticas delictivas, como las de efectuar trueques de productos o servicios y exigen mantener registros contables con detalle y exactitud razonables, estableciendo líneas claras de autoridad y responsabilidad.

3.2.6 El Establecimiento de Procedimientos de Control

Establecer procedimientos de control, para procesar cada tipo de actividades, transacción, cada una debe independizarse, pasar por etapas y funcionarios separados, debiendo ser autorizada, aprobada, ejecutada y registrada, por diferentes personas.

3.2.7 la Subdivisiones de Funciones

La subdivisión de funciones, es quizás, el elemento más importante para el logro de un adecuado control interno. La separación de las tareas limita las posibilidades de fraude y mejora también, la exactitud de los registros contables. Este componente crucial, pero con frecuencia descuidado, del sistema de control interno, se puede subdividir en cuatro partes:

- Separación de las operaciones de la contabilidad, la función contable debe estar totalmente separada de los departamentos operativos, con el fin de poder mantener registros objetivos.
- Separación de la custodia de los activos, de los registros de estos en la contabilidad.
- Separación de la autorización de las operaciones, de la custodia de los activos correspondientes, siempre que sea posible.
- La responsabilidad debe asignarse, de forma tal que, ninguna persona o departamento maneje una transacción completa, de principio hasta el final, hasta donde sea posible según la entidad.¹⁸
-

3.2.8 Realizar y Solicitar Rendición de Cuentas y Auditorías o Comprobaciones Internas

No es económicamente factible para los auditores, examinar todas las operaciones de un periodo, por lo que hasta un cierto grado tienen que confiar en que el sistema de control interno y su contabilidad produzcan registros contables exactos. Para medir la confiabilidad de la entidad, los auditores evalúan su sistema de control interno, determinan también los puntos débiles del sistema y recomiendan las correcciones, brindando así objetividad en sus informes.

¹⁸ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 9.

En las auditorías internas, los auditores deben presentar los informes, directamente al director general, durante el año y auditar diversos segmentos de la entidad de salud, mientras que los auditores externos son completamente independientes de la entidad, siendo empleados de una firma de contadores públicos o de un órgano superior administrativo o estatal, que audita las empresas en conjunto. Los auditores externos deben estar legalmente autorizados.

3.2.9 El Diseño Adecuado de Documentos y Registros

Existe una amplia variedad en los documentos y los registros, desde documentos primarios, como es el caso de las facturas de venta de servicios por atención de pacientes y los órdenes de servicio, hasta la confección de registros especiales y submayores. Los registros y documentos comerciales (órdenes de compra o de entrega, facturas, informes de recepción), deben ser cuidadosamente diseñados. Los documentos deben contar con medidas de seguridad, estar prenumerados, una falla en el orden consecutivo atrae la atención hacia el documento faltante.

3.2.10 La Implementación del Hardware y Software, Elementos Técnicos y Electrónicos

El Hardware (Equipo) y Software (programa), Elementos Técnicos y Electrónicos, son recursos esenciales de control, porque ayudan a llevar un control de manera organizada, detallada y planificada teniendo efectos positivos a la hora de organizar todo con respecto al control interno especialmente por su rapidez de operación y alta confiabilidad, aumentan la eficiencia del registro; pero dependerá de la estructura de seguridad y confiabilidad. Las computadoras pueden recibir información, en sólo un formato programado, mientras que los seres humanos, pueden procesar la información aunque sea apenas legible.

El control interno y la auditoría interna efectiva, son tan importantes en los sistemas de computación, como son los sistemas manuales, por lo cual, no se debe permitir a los programadores, operar físicamente las computadores, sin las respectivas medidas de seguridad. Ninguna persona debe tener un control completo sobre el diseño del sistema, y la programación y la operación de las máquinas.¹⁹

Debe anotarse finalmente, que la auditoría interna, en los Hospitales E.S.E., para prestar un servicio de salud con calidad, deben establecer y cumplir estrictamente con lo dispuesto en la Ley 1122 de enero 9 de 2007, la Circular Instructiva No. 45,

¹⁹ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, p, 11.

de fecha 1 de agosto de 2007, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y de los establecido en los Estatutos Sociales, la Junta Directiva de la Entidad, estructurando y compilando políticas, normas, sistemas y principios, que orientan las actividades propias de su objeto social, respecto de su gobierno, bajo parámetros de competencia, integridad, transparencia y responsabilidad social; para efecto expidiendo un código, que tenga como objetivo:

Generar mayores niveles de confianza en el público, fortalecer una buena imagen en el sector y lograr mayores niveles de competitividad y productividad, y de esta forma gestionar las relaciones con los diferentes grupos de interés, esto es, inversionistas, afiliados, aportantes y los profesionales e instituciones adscritas y empleados.

Los Hospitales E.S.E., como entidades que prestan el servicio de salud, deben concebir las prácticas de Buen Gobierno como medidas adoptadas, respecto de su gobierno, las actuaciones de los órganos de control, administración y empleados; que estén orientadas a garantizar la integridad ética empresarial y el adecuado manejo de sus asuntos.

Evaluar el funcionamiento de los procedimientos que rigen la actividad de las diferentes áreas, sus órganos de control, tomando como base la documentación interna de la entidad, estableciendo los lineamientos a seguir en cada uno de los procesos y actividades, que se adelantan en las áreas.

Así mismo, garantizar el cumplimiento de los compromisos que los Hospitales E.S.E., adquieren con la adopción de su objeto social, aplicando lo dispuesto en el ordenamiento jurídico, que regula el Sistema de Seguridad Social en Salud, para estructurar eficientemente, su organización administrativa y su funcionamiento.

4. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO PARA EL SERVICIO DE SALUD PRESTADO A LOS USUARIOS, CON BASE A LEYES EXISTENTES Y AUDITORÍA INTERNA, EN LOS HOSPITALES E.S.E.

La protección de los activos de los Hospitales E.S.E., y detección del fraude, son los principales objetivos consecuentemente de los auditores internos, que deben concentrar su atención principalmente en el examen de los registros financieros y en la vigilancia de aquellos activos más susceptibles de uso indebido.

Así mismo, una idea generalizada entre los administradores actuales y su generación precedente, debe ser el propósito general para un programa de auditoría interna, para servir como medida psicológica preventiva, contra malos manejos por parte de los empleados.²⁰ Los auditores internos determinan si las leyes, regulaciones, compromisos, políticas y procedimientos, son adecuadamente observados y si las transacciones comerciales fueron realizadas, de acuerdo con políticas establecidas, en la entidad pública; al respecto, los auditores harán sugerencias, para el cuidado de los recursos y la mejora de los procedimientos, y evaluar los contratos y compromisos y presentar recomendaciones, para mejorarlos.²¹

De acuerdo a lo descrito en el párrafo anterior, la normatividad que rige a las entidades prestadoras del servicio de salud, en Colombia, actualmente son, la Constitución Política de Colombia, la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, y la Ley 1438 de 201, normatividad que el auditor interno, debe tener en cuenta, para proceder a aplicar la auditoría interna, en los Hospitales E.S.E.

Por lo tanto, en este capítulo se describirá en primera instancia la normatividad que rige las entidades de salud, en las cuales la auditoría interna debe cimentarse. Posteriormente se presenta y recomienda un programa de auditoría interna, que mejora las condiciones del servicio de salud, que prestan los Hospitales E.S.E.²²

4.1 LEYES EXISTENTES DE AUDITORÍA INTERNA, PARA LOS HOSPITALES E.S.E

La normatividad que rige la auditoría interna, para los Hospitales E.S.E, se fundamente en Leyes y Decretos, que deben ser aplicados en éstos, los cuales se describen a continuación:

²⁰ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p. 4.

²¹ Ibíd., p. 5.

²² Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. 2007.

4.1.1 Constitución Política de Colombia y el Control Interno

La Constitución Política de Colombia en su artículo 209, destaca la función administrativa pública, que está a cargo del servicio de los interesados generales y se desarrolla con fundamento en principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La Administración Pública, en todas sus órdenes tendrá un control que se ejercerá en los términos que señale la Ley.²³

Los principios constitucionales que deben aplicar los Hospitales E.S.E, como Entidades Sociales del Estado, son las siguientes:

Igualdad: implica no hacer discriminaciones de ningún tipo.

Moralidad: actuar con honestidad en el desarrollo del proceso administrativo y no en provecho propio.

Eficacia: buscar que los procedimientos lleguen a feliz término mediante el cumplimiento de los objetivos.

Economía: propender para que la función administrativa se lleve en el menor costo y menor tiempo posible.

Celeridad: procurar que los procesos sean ágiles y breves.

Imparcialidad: implica que la administración aplique procedimientos y normas de manera objetiva y equitativa.

Publicidad: hacer de conocimiento público, la totalidad de las actuaciones, para que sean juzgadas como prueba de transparencia de la gestión. En el artículo 269, enfatiza que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno de conformidad, con lo que disponga la Ley, la cual podrá establecer funciones y autorizar la contratación de dichos servicios.

El control interno en los Hospitales E.S.E., debe abarcar el plan de organización y el conjunto de métodos y medidas adoptadas por la entidad, para salvaguardar sus activos, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y

²³ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, Capítulo 3.

administrativa, promover la eficiencia de sus operaciones, estimular la observancia de las políticas establecidas y lograr el cumplimiento de las metas y objetivos programados.²⁴

Los objetivos del control interno en las entidades de salud, debe cumplir con los objetivos del control interno, prevenir fraudes, localizar errores y poder fijar su monto, comprobar la veracidad de los estados financieros, estimular la eficiencia operacional, salvaguardar los activos u obtener un control efectivo sobre todos los aspectos de la entidad.

Para prevenir los fraudes, los auditores internos, deben eliminar las oportunidades y reducir al máximo las presiones. El fraude se detecta cuando falta un nivel de autorizaciones, falta de verificaciones independientes del trabajo, falta de líneas claras de autoridad, inadecuada documentación, y falta de separación entre autorización y custodia.

Otras normas constitucionales sobre la seguridad social en Colombia, están consagradas en el artículo 42, que expone sobre la protección integral de la familia; el artículo 43, que menciona la igualdad de derechos para la mujer; el artículo 45, que describe los derechos de los adolescentes; el artículo 46, que manifiesta sobre los derechos del anciano; el artículo 47, que se refiere a los derechos de los discapacitados; el artículo 49, que refiere sobre la atención en salud y el saneamiento ambiental, como servicios públicos; y el artículo 50, que dice sobre los derechos de las menores de edad.

4.1.2 La Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993, define la seguridad social integral como, el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad, desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes y la integración de la comunidad.²⁵

El artículo 1 de la Ley 100 de 1993, señala: “el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana,

²⁴ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011, Capítulo 3.

²⁵ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011

mediante la protección de las contingencias que la afectan”. Como objetivos específicos, menciona los siguientes:

Delegación de la responsabilidad por parte del Estado: según el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia: la seguridad social será prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Ampliación de la cobertura: el sistema busca gradualmente la cobertura de la seguridad social para el 100% de la población.

Que los trabajadores y empresarios asuman costos: se persigue también que los beneficiarios, con su trabajo y con el apoyo económico de sus empleadores en el caso de los asalariados, ayuden a costear al menos parcialmente el funcionamiento del sistema.

Mejoramiento de servicios: a partir de la Ley 100 de 1993, el factor determinante de los servicios de seguridad social es la competencia por la calidad.

También se estructura el sistema de seguridad social, que está compuesto por tres sistemas y un programa especial, cada uno de los cuales funciona bajo regímenes propios, según los servicios que presta:

El Sistema General de Pensiones que opera con dos regímenes: Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida (público) y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (privado).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, con dos Regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.

El Sistema General de Riesgos Profesionales; y el Programa de Servicios Sociales Complementarios, dirigido a los ancianos pobres e indigentes.²⁶

Cada uno de los sistemas y el programa especial, opera con organización deferente y autónoma, con recursos propios y atiende con cuentas separadas.

La definición de seguridad social en los artículos 48 de la Constitución Nacional y 4 de la Ley 100 de 1993, trae implícita la naturaleza jurídica de esta institución, se trata de un derecho constitucional no fundamental pero irrenunciable, que se materializa como un servicio público obligatorio, servicio que, en algunos casos, es esencial.

²⁶ Ibíd.

Los principios de la seguridad social, se encuentran en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, enmarcados en la eficiencia, universalidad y solidarias; los otros tres están consignados en la Ley 100 de 1993, integridad, unidad, y participación.

Según el artículo 152, de la Ley 100 de 1993, el sistema de seguridad social en salud, es el conjunto de instituciones, procedimientos, normas administrativas, financieras, de control y las obligaciones, que se derivan de su aplicación, para la prestación del servicio público esencial de salud.

El objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio de todos los niveles de atención. Para el cumplimiento de estos mediante la Ley 100 de 1993, se determinó el incremento de aportes, la conformación de un sistema dual o mixto en el que participan, conviven y compiten los sectores público, la creación de instituciones y entidades exclusivamente dedicadas a operar el sistema, entre otras medidas.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, se rige esencialmente por las siguientes normas básicas: Ley 10 de 1990, descentraliza el Sistema Nacional de Salud; Ley 60 de 1993, que distribuye competencias y recursos entre los municipio y departamentos, para la salud.

La Ley 100 de 1993, en su artículo 153, expone que la prestación del servicio público de salud, como derecho de los individuos y como deber correlativo del Estado, exige la aplicación de los principios generales consagrados en la misma Constitución Política de Colombia.²⁷

Las instituciones que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo conforman instituciones que actúan como organismos de dirección, vigilancia y control, como el Ministerio de Salud y Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y Bancaria; algunos organismos de administración y financiación como: Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud; y Fondo de Solidaridad y Garantía. También intervienen las Instituciones Prestadoras de Servicios como: IPS Públicas, Mixtas o Privada, Empresas Solidarias de Salud, y Empresas Sociales de Salud; los Vinculados como: afiliados, beneficiarios y participantes.

²⁷ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011.

El Sistema de Seguridad en Salud es administrado por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, públicas y privadas, que prestan los servicios directamente con sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, o mediante contratos con otras IPS. Las EPS, son las empresas públicas o privadas responsables de la afiliación, el registro de los afiliados, el recaudo de sus cotizaciones y la prestación de los servicios de salud, directamente o mediante contratación de los servicios con Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, según la Ley 100 de 1993, artículo 177 y 179.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las EPS o fuera de ellas, según la Ley 100 de 1993, artículo 156.

Las Empresas Sociales del Estado, E.S.E., son una categoría especial de entidades descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por asambleas o consejos municipales, según el caso, para la prestación de servicios de salud, que en forma directa acomete la Nación o las entidades territoriales, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por el artículo 196, de la Ley 100 de 1993, se ordenó transformar en Empresas Sociales de Salud, todas las entidades descentralizadas, del orden nacional, cuyo objeto sea la prestación del servicio de salud.

La Ley 100 de 1993, ordenó que todo hospital debe tener personería jurídica propia como una figura nueva: Empresa Social del Estado, ESE, que ya puede tener autonomía. Igualmente, la ley le da estabilidad a los directores de hospitales públicos, por un tiempo máximo de 3 años, lo que le permite adelantar una administración hospitalaria continuada.²⁸

En la organización del sistema de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, opera bajo dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El Régimen Contributivo, según el artículo 202 de la Ley 100 de 1993, es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

²⁸ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011.

Son afiliados al régimen contributivo, las personas del sector privado que tengan capacidad de pago, por el hecho de estar vinculados a la vida laboral a través de contratos de trabajo y servidores públicos, en concurrencia con sus empleadores. Además, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes, que puedan pagar sus aportes, según el artículo 157, Ley 100 de 1993.

El Régimen Subsidiado, es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la Ley 100 de 1993, artículo 211, tienen por objeto financiar la salud de las personas pobres y vulnerables y a sus grupos familiares, en las áreas rural y urbana.

A nivel nacional, la dirección, control y vigilancia corresponde a la Nación, quien ejercer estas funciones a través del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con funciones definidas, para cada una de estas entidades, según el Decreto 235 de 1995, artículo 3. A nivel territorial, la dirección del régimen subsidiado corresponde a los departamentos y municipios, los cuales la ejercen a través de las direcciones seccionales, distritales o municipales de salud, según sea el caso.

El régimen subsidiado lo administran la Nueva EPS, las Empresas Sociales del Estado, ESE, y las EPS, que tienen afiliados beneficiarios del subsidio de salud. Esto lo hacen por medio de contratos que suscriben con las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, estos contratos se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud, que se destinen para el efecto, según la Ley 1000, artículo 215.

La financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, corre por cuenta de trabajadores asalariados, empleadores y trabajadores independientes, mediante el pago de las cotizaciones. Además, a cargo de la Nación con partidas del Presupuesto Nacional, de los departamentos, distritos y municipios, con recursos locales percibidos por transferencias; cajas de compensación familiar y empresas de medicina prepagada; en algunos casos en forma directa y otros a través del Fondo de Solidaridad y Garantía; igualmente, con las partidas específicas que por ley tienen que aprobarse en los departamentos, distritos y municipios.²⁹

²⁹ BELTRÁN PARDO, Luis Carlos. Curso Virtual de Control Interno y Auditoría en Hospitales o Entidades de Salud (EPS – IPS). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. 2011.

4.1.3 Ley 1122 de 2007

La Ley 1122 de 2007, tiene por objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, haciendo reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento, de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.³⁰

La Comisión de Regulación en Salud (CRES), se crea como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. La Comisión de Regulación en Salud está integrada por el Ministerio de la Protección Social, quien la preside, el Ministro de Hacienda y Crédito Público; cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de termas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de Salud y Asociaciones de Usuarios, debidamente organizados, reglamentado por el Gobierno Nacional.

La Comisión de Regulación en Salud, ejerce las siguientes funciones:

- Definir y modificar los planes obligatorios de salud (POS) que las EPS garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivos y Subsidiado.
- Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos, que hacen parte de los Planes de Beneficios.
- Definir el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) de cada régimen, de acuerdo con la Ley 1122 de 2007; si a 31 de diciembre la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
- Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos, para hacer efectivo el subsidio.
- Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
- Definir el régimen que deberán aplicar las EPS, para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

³⁰ Ley 1122 de 2007.

- Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada. Numeral declarado Exequible por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-955 de 2007, por los cargos estudiados, y condicionados, a que se entienda que en dicha norma el legislador no autorizó a la comisión de Regulación en Salud, para fijar la tarifa de la tasa por la prestación de los servicios de salud, y relativo a los honorarios de los profesionales en salud.
- Presentar ante la Comisiones Séptima de Senado y Cámara, un informe anual sobre evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
- Recomendar proyecto de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
- Adoptar su propio reglamento.
- Las demás que le sean asignadas por ley.

Efectúa modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, señalando que los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40\$ del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.³¹

Esta Ley también determina que en aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se solicitan medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo, la EPS, llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos y si la EPS, no los estudia oportunamente ni los tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre la EPS y el Fondo Social y Garantías (Fosyga).

Establece que la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE), constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud, unidades que deberán hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas, cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.

³¹ Ley 1122 de 2007.

En cada municipio existe una ESE, o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE. En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales, artículo 26 y 31 de la Ley 1122 de 2007.

Y entre otros cambios, crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad en Salud, el cual está en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al INVIMA. Señala los ejes del Sistema, la actuación de la Superintendencia como conciliadora, de oficio o petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; los objetivos de la Superintendencia Nacional, en ejercicio de la inspección, vigilancia y control, así como las funciones y facultades.

4.1.4 Ley 1438 de 2011

La Ley 1438 de 2011 reforma la salud en Colombia en aspectos como:³²

Los niños y adolescentes con discapacidades, o enfermedades catastróficas, en el SISBEN 1,2, tienen servicios y medicamentos gratis. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de SISBEN 1 y 2 (Artículo 18, Ley 1438 de 2011).

Niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual, en el Régimen Contributivo o Subsidiado, tienen atención integral de rehabilitación gratis. Tal como establece el artículo 19, de la Ley 1438 de 2011, el propósito es que el niño o adolescente víctima de vejámenes contra su integridad física o sexual, tenga por parte de las EPS, tanto del régimen contributivo, como el subsidiado, toda la rehabilitación física y mental.

Las peticiones de medicamentos o servicios por fuera del Plan Obligatorio de Salud, la EPS tiene dos días para resolverlo. Son muchos los medicamentos, tratamientos, o procedimientos que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud (POS), pero son necesarios para una satisfactoria recuperación del afiliado

³² Aspectos relevantes de la Reforma a la Salud.
<http://actualicese.com/actualidad/2011/02/09/infografia-11-aspectos-relevantes-de-la-reforma-a-la-salud/>.

(cotizante y beneficiarios), por ello, el médico tratante los ordena. Pero al estar por fuera del POS, deben ser autorizados por el Comité Técnico Científico de la EPS, so pena, que el usuario acuda a su reclamación a través de Acción de Tutela. Para evitar eso, La Ley 1438 de 2011, les impone a las EPS un término perentorio de 2 días calendario para que resuelvan la solicitud ordenada por el médico tratante (Artículo 26 Ley 1438 de 2011).³³

Hay una segunda instancia ante negativas del Comité Técnico Científico. Así como los Comité Técnico Científicos, tienen 2 días para resolver una petición de un medicamento, tratamiento o procedimiento, en caso de alguna negativa, a pesar de estar justificado por el médico tratante su diagnóstico y alternativa, el usuario podría acudir a una Segunda Instancia, la cual tendrá 7 días para resolver, órgano que será conformando directamente por la Superintendencia Nacional de Salud (Artículo 27 Ley 1438 de 2011).

Tres años para reclamar prestaciones económicas por parte de los empleadores a la EPS. Sobre el particular, había un silencio en normas anteriores, cuyo vacío acaba de ser cubierto en el artículo 28 de la Ley 1438 de 2011, al establecer que el empleador tendrá hasta 3 años para cobrar a la EPS las incapacidades o licencias que haya pagado directamente al trabajador, siendo responsabilidad de la EPS.³⁴

Los trabajadores temporales, o jornaleros de salarios inferiores al salario mínimo legal vigente, podrán seguir en el régimen subsidiado y no serán afiliados al contributivo. Sobre el particular, la norma permite a aquellos trabajadores temporales o jornaleros cuyo salario no alcance a un salario mínimo legal vigente, podrán decidir si no quieren que los afilien al régimen contributivo y seguir con el subsidiado. En estos casos, el empleador deberá seguir haciendo la contribución a salud del trabajador que normalmente pagaría al régimen contributivo, pero lo hará a favor del Régimen Subsidiado.

Es importante anotar, que en ésta modalidad, el trabajador no recibirá por parte del Promotor de Salud, el pago de prestaciones económicas (Licencias e incapacidades).

Lo anterior está muy ligado al artículo 46 de la Ley 1429 de 2010 o Formalización y Generación de Empleo, el cual permite, en caso contrario que el trabajador si decida afiliarse al régimen contributivo, su afiliación a SISBEN se podrá mantener suspendida, hasta por dos (2) años. Artículo 35 de la Ley 1438 de 2011.

³³ Aspectos relevantes de la Reforma a la Salud.
<http://actualicese.com/actualidad/2011/02/09/infografia-11-aspectos-relevantes-de-la-reforma-a-la-salud/>

³⁴ Ibíd.

Existencia de protección de la continuidad en los Planes Obligatorios de Salud. Con ésta norma, se pretende que las personas que adquieran Planes Voluntarios de Salud, éstos sean prorrogados automáticamente si el usuario quiere y está cumpliendo con su pago puntual. Pues muchas veces las EPS que ofrecen dichos planes voluntarios, aprovechan en las respectivas renovaciones, incluir nuevas preexistencias médicas y así poder terminar el contrato de servicios.

Desaparecen las multas por inasistencia a las citas médicas. A partir del 19 de enero de 2011, fecha en que se expidió la Ley 1438, artículo 55, o Reforma a la Salud, ninguna EPS, podrá cobrar algún tipo de multa, ni a cotizantes ni beneficiarios por incumplir la cita. Sólo podrán imponer sanciones pedagógicas.

Un control a los evasores de aportes al sistema de seguridad social. Artículo 123, Ley 1438 de 2011, se enmarca en rango legal, la facultad que tiene el Ministerio de Protección Social para usar todos los mecanismos legales, para verificar y sancionar la evasión en los pagos de Seguridad Social, por ejemplo, con el cruce de datos, en bases de distintas entidades, por ejemplo, Dian.

Los médicos son autónomos en diagnosticar y formular. Con ésta norma, se busca que los médicos puedan, diagnosticar, pero sobre todo, recetar medicamentos u ordenar tratamientos según su conocimiento científico y no presionado por las directivas de las EPS, para que recomiende algún tipo de medicamento o restrinja algún tipo de procedimiento médico, artículo 105 Ley 1438 de 2011.³⁵

Y finalmente, el requisito para reclamación por accidente de tránsito ante el SOAT. Cuando una persona tiene un accidente de tránsito, bien como conductor, pasajero o peatón, tiene derecho a una atención y a unas prestaciones económicas que serán cubiertas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). Pero como toda aseguradora, exigen muchísimos trámites y documentos para hacer cualquier desembolso económico. Ahora el herido, sólo deberá presentar la prueba del médico de urgencias que lo atendió sobre el hecho acaecido, nada más. Otro tipo de documento como croquis, informe de los Agentes de Tránsito, etc., será una labor directamente de la Aseguradora, pero no se le puede pedir a la víctima que tenga que ir a conseguir esos documentos.

La normatividad descrita que rige a las entidades prestadoras del servicio de salud, en Colombia: la Constitución Política de Colombia, la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, y la Ley 1438 de 2011, son normas en las cuales se estipula la protección de las personas que habitan el país, y que requieren del sistema de

³⁵ Aspectos relevantes de la Reforma a la Salud.
<http://actualicese.com/actualidad/2011/02/09/infografia-11-aspectos-relevantes-de-la-reforma-a-la-salud/>

salud, por ello es indispensable, que entidades públicas que prestan el servicio de salud, se acojan a los principios que rigen las normas, las apliquen, sin ninguna discriminación de raza, religión, estrato social, y político.

Los Hospitales que son Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), requieren aplicar la auditoría interna, para que protejan todos sus recursos, que son indispensables, en la prestación del servicio de salud, especialmente para las personas de más bajos recursos económicos, las cuales asisten hasta estas entidades en pos de un seguimiento a una dolencia y/o enfermedad, y a pedir que los medicamentos a que tiene derecho, le sean entregados, de acuerdo a la formulación que le realice el médico de turno, para mejorar su estado de salud.

Por ello es tan importante, que en un Hospital ESE, esté eficientemente auditado, para que pueda generar a la comunidad, credibilidad, lealtad, confianza, y un tratamiento amable y cordial, al personal que labora dentro de la entidad, por parte del usuario, que requiere el servicio de salud.

4.2 LA AUDITORÍA INTERNA PARA MEJORAR EL SERVICIO DE SALUD, DE LOS HOSPITALES E.S.E.

La auditoría interna es un trabajo profesional. Una forma de hacer prevalecer ese estatus, es cuando se lleva a cabo según las normas y criterios que regulan su ejercicio y con una metodología, que asegure su dirección y control, para obtener los resultados deseados.

La metodología para un trabajo de auditoría correcto y eficiente, es la identificación de un marco de referencia para la ejecución y práctica ordenada de esta disciplina profesional. Su objetivo es asegurar la cobertura de todas las fases o etapas, que comprende el ejercicio de un trabajo de auditoría interna.³⁶

La siguiente es una guía que posibilita y facilita de manera integral el accionar de los Hospitales E.S.E., impulsando el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, de tal forma que se genere valor agregado, para los usuarios de los servicios y desde luego, dentro de toda la entidad.³⁷

³⁶ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p, 149.

³⁷ Ibidem., p, 149.

4.2.1 Manual de Auditoría Interna, para el Mejoramiento del Servicio de Salud, de los Hospitales E.S.E.

4.2.1.1 Introducción.

La auditoría interna es un mecanismo utilizado como método de control, el cual se ve fortalecido dentro de los Entes Nacionales, Departamentales, Municipales, y todos los demás entes, con la aplicación del control interno, enunciado en la Ley 87 de 1993.

El presente Manual de Auditoría Interna, permite que en cualquier momento el funcionario, o los funcionarios, que ejercen el control interno y/o que conforman el Grupo de Auditoría, dentro de los Hospitales E.S.E., cuenten con un instrumento guía para la aplicación de métodos de seguimiento, evaluación y medición del cumplimiento y aplicación de la normativa interna y externa vigente.

Este manual a diferencia de los papeles de trabajo o formatos establecidos por el grupo auditor, es un documento que permite evaluar un área o labor específica con o sin conocimientos de la misma por parte del equipo y del Gerente de los Hospitales E.S.E. El control interno como tal, debe ser parte de la cultura organizacional e individual de todas y cada una de las persona que desarrollan actividades en el Hospital E.S.E., independientemente del tipo de vinculación, y debe estar expresada con medidas de autocontrol, autogestión y autoevaluación, ajustadas al Plan de Desarrollo Institucional, con su plataforma estratégica y la normativa vigente.

La planeación estratégica como base fundamental, para el desarrollo del Hospital E.S.E., se articula dentro del cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de desarrollo y en los procesos rutinarios, basada en la aplicación del Círculo PHVA, (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) dentro de la Evaluación y seguimiento al desarrollo de los mismos.³⁸

El Manual de Auditoría propuesto para los Hospitales E.S.E., permite que el funcionario encargado de ejercer el control interno en éste, y el grupo auditor, apliquen los controles necesarios en el momento indicado y más aún, que sea un órgano asesor, más no decisorio, de las actuaciones cotidianas del Hospital.

4.2.1.2 Objetivos. Los objetivos del Manual de Auditoría Interna para los Hospitales E.S.E., son los siguientes:

³⁸ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p, 149.

- Evaluar en el momento y lugar, el estado actual de las labores realizadas en cualquiera de las áreas de trabajo de la entidad.
- Exigir al responsable de los procedimientos, su aplicación y el recibir de igual forma las recomendaciones necesarias, para los posibles ajustes a ellos.
- Recomendar y asesorar a los responsables de las actividades desarrolladas dentro del cotidiano funcionamiento del Hospital Norte ESE, con base en los resultados de la auditoría.
- Fortalecer las actuaciones internas en los procesos, así como en las labores desarrolladas por cada uno de los funcionarios del Hospital.
- Velar por el cumplimiento de las leyes, decreto y demás normas que se deben aplicar en cada actividad desarrollada, observando para ellos los requerimientos hechos por las Entidades de Control, tales como: Contraloría, Procuraduría, Veedurías, Junta Directiva y demás, que por ley participen en la vigilancia y control del Hospital E.S.E.
- Recomendar, sugerir e informar al Gerente sobre el desarrollo y aplicación de los procesos establecidos.

4.2.1.3 Propósito.

La auditoría interna debe contribuir al logro de los siguientes propósitos:³⁹

- Incentivar la medición y comparación de objetivos, metas y resultados, es la acción de medir y comparar los logros alcanzados por la entidad con relación a las metas y objetivos previstos, y la capacidad de tomar decisiones correctivas que tiendan a aumentar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad.
- Difundir la planificación institucional, promover entre las diferentes áreas del Hospital E.S.E., la cultura de planificar sus actividades con el objeto de mejorar el grado de eficiencia en su ejecución.
- Promover el control interno eficaz, difundir y fomentar el autocontrol en todas y cada una de las personas que prestan servicios en el Hospital, independientemente del tipo de vinculación, con el fin de que el control interno sea una línea transversal en todos los procesos y lograr los objetivos y metas institucionales, la detección oportuna de desvíos, la agilidad en la toma de

³⁹ Ibidem., p, 150.

decisiones correctivas, la observancia del marco normativo vigente y el desaliento a la comisión de actos ilícitos o fraudulentos.

- Asegurar el cumplimiento de normativa vigente, verificar que las acciones del Hospital cumplan con el marco normativo aplicable a sus actividades y funciones, sean estas internas y externas, así como mantener actualizado el Nomograma institucional.
- Evaluar la determinación de costos en la operación, hacer seguimiento a la implantación de sistemas que permitan la determinación de los costos económicos, sociales y ambientales derivados de la ejecución de las políticas del Hospital E.S.E..
- Difundir la utilización de sistemas de medición de desempeño y toma de decisiones (tableros de mando), fomentar la implantación de sistemas integrales de información que permitan la medición del desempeño y sirvan de apoyo para la toma de decisiones.
- Promover la cultura de la “rendición de cuentas”, promover la oportuna rendición de cuentas por parte de los funcionarios encargados de la administración, la custodia y/o manejo de los bienes del Hospital E.S.E., de acuerdo con la normativa vigente.
- Evaluar la incorporación de la comunidad organizada en el proceso de auditoría, hacer seguimiento a la promoción y fomento de la participación de la comunidad en la cogestión, monitoreo y evaluación de la gestión de la entidad y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de sistemas de captura de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones, entre otros.

4.2.1.4 Alcance de la Auditoría Interna.

El alcance de la auditoría interna es integral, y por lo tanto, comprende:⁴⁰
La evaluación del funcionamiento del sistema de control interno y de las operaciones, incluyendo aspectos tales como la debida protección de los activos y demás recursos, y de la existencia de los controles establecidos, para detectar y disuadir la ocurrencia de cualquier tipo de acción irregular en los Hospitales E.S.E

La verificación de la correcta aplicación de la normativa vigente (leyes, decretos, reglamentos, manuales, políticas, etc.).

⁴⁰ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p, 150.

El examen sobre la confiabilidad e integridad de la información emitida.

La evaluación de la eficacia de la organización, en sus distintos segmentos y operadores.

Debido a su contacto con el personal y al conocimiento de los detalles de las operaciones, el grupo auditor, está en capacidad de asesorar y recomendar los ajustes necesarios para el eficiente funcionamiento de los procesos. Así mismo, el grupo auditor, debe servir de receptor de sugerencias para cambios en los procedimientos, los cuales debe estudiar y documentar, con el acompañamiento del área de planeación para someterlo a consideración de la Gerencia a través del Comité MECI/CALIDAD.

La evaluación de la economía y eficiencia en los diferentes procesos operativos de los Hospitales E.S.E.

El campo de intervención y análisis se extiende a cualquier nivel, función, sector, unidad, programa, actividad, proyecto, producto, proceso, registro, transacción, contrato, etc., sin obviar la consideración de su funcionamiento coordinado en el conjunto del sistema.

El auditor debe evaluar el grado de implantación de las recomendaciones realizadas al auditado en informes de auditoría interna previos y describir las causas que motivaron la falta de implantación, y el efecto producto por las recomendaciones implantadas.

4.2.1.5 Aspectos Generales.

Entre los aspectos generales, hay que comprender una terminología, que se describe a continuación:

- **Concepto de Auditoría Interna:** la auditoría interna, es fundamentalmente un control de controles, es una actividad independiente dentro de los Hospitales E.S.E., cuya finalidad es examinar las operaciones ordinarias de la entidad, para determinar que los procedimientos aplicados se ajusten a las normas en cuanto a la documentación requerida, etapas dentro del proceso y vigilancia de las áreas sobre los puntos críticos de control correspondientes. Es un control integral de gestión, que funciona sobre la evaluación de otros controles.

Debido a su contacto con el personal y al conocimiento de los detalles de las operaciones, el grupo auditor, está en capacidad de asesorar y recomendar los ajustes necesarios para el eficiente funcionamiento de los procesos. Así mismo, el grupo auditor, debe servir de receptor de sugerencias para cambios

en los procedimientos, los cuales debe estudiar y documentar, con el acompañamiento del área de planeación para someterlo a consideración de la Gerencia a través del Comité MECI/CALIDAD.

La responsabilidad del encargado de ejercer el control interno, como líder del grupo auditor, en el desarrollo, mantenimiento y evaluación de planes, programas y proyectos de cada una de las áreas y dependencias de la entidad, constituye su principal contribución al propósito de evitar errores o desviaciones, así como propender por el mejoramiento de la gestión del Hospital E.S.E.

Necesariamente el Grupo Auditor, debe tener el reconocimiento y aceptación, no sólo de los altos niveles jerárquicos, sino de toda la organización, garantizando su independencia, su labor didáctica y el beneficio para el Hospital, como consecuencia de sus actividades.

Dado que a pesar de la normatividad existente en los Hospitales E.S.E., se prestan numerosos y complejos problemas administrativos, financieros, contables, operarios y técnicos, la gerencia tiene que contar con una unidad funcional integral que coordine y evalúe los planes de acción y los planes de auditoría para el mejoramiento de la calidad, a fin de que se apliquen correctivos y se disminuya el riesgo de ocurrencia de tales problemas. El Gerente, debe mantenerse informado permanentemente acerca de lo que esté ocurriendo en el Hospital E.S.E., en sus distintos niveles.

El líder del Grupo auditor como encargado de ejercer el control interno institucional, es un medio asesor de la Gerencia, para tener información sobre la regularidad en los procedimientos ordinarios y sobre los sucesos que se detecten. La información proporcionada por el Grupo Auditor al Gerente, debe permitir una clara identificación de los problemas y sus probables soluciones, mejorando así el funcionamiento del Hospital, disminuyendo costos, e incrementando la eficiencia y la productividad.

- **Características de la Gestión de Auditoría:** la auditoría interna contiene las siguientes características:

Auditoría interna, es un proceso, que incluye evaluaciones, análisis, revisiones, diagnósticos, indagaciones, recomendaciones, y seguimiento a los informes. La gestión de auditoría interna es objetivo imparcial y supone la condición de independencia del auditor, respecto a actividades a realizar; en consecuencia, el auditor debe mantener una actitud mental con comprometida, de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas.

La gestión de auditoría es sistemáticamente planeada.

Para el este caso específico, es dirigida por un auditor líder en cabeza del encargado de control interno.

Cubre los procedimientos y sistemas de control interno establecidos.

Se efectúa de manera perceptiva o posterior a la ejecución de las operaciones.

- **Técnicas y Métodos de Evaluación y Seguimiento del Grupo Auditor y de Control Interno:** son las siguientes:

Técnicas de Verificación Ocular: entre las cuales están:

Comparación: observar la similitud o diferencia de dos o más conceptos. Frecuentemente es útil comparar precios de compra, grados de utilización de equipos, históricos, líneas de base, indicadores de la prestación de servicios, entre otros.

Una gran parte de la auditoría se fundamenta en la comparación de resultados o realidades contra criterios aceptables, normas de calidad, rendimiento, indicadores de gestión, facilitando de esta forma la evaluación por el auditor y la formulación de las conclusiones y recomendaciones.

Observación: es considerada la más general de las técnicas de auditoría y su aplicación, es de utilidad en casi todas las fases del proceso. Por medio de ella el auditor se cerciora de ciertos hechos y circunstancias, principalmente lo relacionado con la forma de ejecución de las operaciones al darse cuenta personalmente, de manera abierta o discreta, cómo el personal realiza las operaciones.

En su aplicación más común, el auditor puede obtener la certeza que, está observando directamente la manera como se realiza un procedimiento o una actividad, en lugar de limitarse a efectuar la toma física, o documental del inventario.

Revisión Selectiva (muestreo): constituye una técnica frecuentemente aplicada a áreas que por su volumen y otras circunstancias no pueden estar comprendidas en la revisión o constatación más detenida o profunda. En la aplicación de esta técnica, el auditor debe prestar especial atención a la identificación de operaciones o transacciones fuera de lo común en el aspecto sujeto a revisión.

Prueba de Recorrida: seguir una operación de un punto a otro dentro de su procesamiento. Es muy común que el Grupo Auditor, seleccione algunas operaciones o transacciones representativas, típicas de cada clase o grupo, con el objeto de hacer seguimiento desde su inicio hasta el fin de los procesos normales.

Técnicas de Verificación Física: son las siguientes:

Inspección y Vigilancia: la inspección involucra el examen físico y ocular de algo. La aplicación de esta técnica es sumamente útil en lo relacionado a la constatación de dinero en efectivo, documentos que evidencien valores, activos fijos y similares. La verificación de activos, tales como documentos por cobrar, títulos, acciones y otros similares, se efectúa mediante la técnica de inspección.

Observación: es considerada la más general de las técnicas de la auditoría y su aplicación, es de utilidad en casi todas las fases del proceso; por medio de ella el auditor se cerciora de ciertos hechos y circunstancias, principalmente lo relacionado con la forma de ejecución de las operaciones, al darse cuenta personalmente, de manera abierta o discreta, cómo el personal realiza las operaciones.

En su aplicación más común, el auditor puede obtener la certeza que está observando directamente la manera como se realiza un procedimiento o una actividad, en lugar de limitarse a efectuar la toma física, o documental del inventario.

Revisión Selectiva (muestreo): constituye una técnica frecuentemente aplicada a áreas que por su volumen y otras circunstancias no pueden estar comprendidas en la revisión o constatación más detenida o profunda. En la aplicación de esta técnica, el auditor debe prestar especial atención a la identificación de operaciones o transacciones fuera de lo común en el aspecto sujeto a revisión.

Prueba de Recorrido: seguir una operación de un punto a otro dentro de su procesamiento. Es muy común que el Grupo Auditor, seleccione algunas operaciones o transacciones representativas, típicas de cada clase o de grupo; con el objeto de hacer seguimiento desde su inicio hasta el fin de los procesos normales.

Técnicas de Verificación Verbal: las componen:

Indagación: consiste en verificar o inquirir sobre el hecho. El empleo cuidadoso de esa técnica, puede determinar la obtención de información valiosa que sirve más como apoyo que como evidencia directa en el juicio definitivo del auditor. Cualquier pregunta dirigida al personal del Hospital o hacia terceros que puedan tener conocimiento sobre las operaciones de la misma, constituye la aplicación de esta técnica.

La Entrevista: se utiliza fundamentalmente para recolectar información cualitativa y se debe realizar con las personas responsables e involucradas en el proceso. Pueden realizarse mediante cuestionarios o preguntas abiertas que permiten conocer las características del procedimiento estudiado o mediante preguntas que brinden información detallada.

Técnicas de Verificación Escrita: están compuestas por:

Conciliación: significa poner de acuerdo o establecer la relación exacta los conceptos interrelacionados. El ejemplo más común de esta técnica es la conciliación bancaria, que consiste en identificar las diferencias entre el saldo del extracto bancario, en este caso, siempre que existan las fuentes independientes de datos organizados de la misma base, la técnica de conciliación puede ser aplicada.

Sinopsis: es la esquematización, agrupación, clasificación o resumen escrito, que permiten una mayor percepción y claridad de los distintos elementos significativos de un proceso.

Técnicas de Verificación Documental: están compuestas por:

Confirmación: consiste en cerciorarse de la autenticidad de activos, pasivos, operación, etc., mediante la afirmación escrita de un apersona o instrucción independiente del Hospital, y que se encuentre en condiciones de conocer la naturaleza y requisitos de la operación consultada. Para que el elemento de juicio mediante la aplicación de esta técnica tenga valor, es indispensable que el auditor mantenga un control completo y directo sobre medios para efectuar la confirmación.

Comprobación: examinar verificando la evidencia que respalda una operación o acto, para demostrar su autenticidad, legalidad, propiedad, certidumbre, etc.; dicho examen debe cubrir los siguientes puntos:

Obtener una razonable seguridad respecto a la autenticidad del documento. Es indudable que el auditor debe estar alerta para detectar cualquier documento fraudulento.

Se debe examinar que la operación se realice en interés de los Hospitales E.S.E.

Se debe tener la seguridad de que la operación ha sido aprobada por el funcionario competente, mediante firmas autorizadas en los documentos que las fundamentan.

Los cuatro puntos mencionados, son considerados por el auditor al examinar los documentos originales y al aceptar estos como elementos de juicio de una operación.

Computación: hace referencia al cálculo o conteo de datos numéricos con el objeto de asegurar que las operaciones matemáticas previamente efectuadas sean correctas. Es conveniente resaltar que esta técnica, prueba solamente la exactitud aritmética de un cálculo; por lo tanto, se requerirán de otras pruebas, para determinar la validez de las cifras incluidas en una determinada transacción. En general, cualquier operación matemática puede ser sujeta a error humano, por lo tanto, la verificación selectiva o global de dichas operaciones, es un requisito indispensable en una auditoría.

- **Métodos:** los métodos a utilizar por la auditoría interna son los siguientes:

Método de Narración: consiste en describir con más detalle, los procedimientos más importantes del Hospital E.S.E., y las características del Grupo Auditor, diseñados para las distintas áreas mencionando los registros y formularios, que intervienen en el proceso.

Método de Cuestionarios: este consiste en convertir en preguntas todas las normas de control interno, de tal manera que una respuesta afirmativa indique la existencia y observación de la norma, y una respuesta negativa indique la ausencia de la misma. Es utilizado cuando se requiere obtener información de un número representativo de personas. La elaboración del cuestionario requiere determinarse exactamente la información que se necesita, las personas que pueden brindar esa información y definir las preguntas indispensables, dándole un orden lógico. La aplicación del cuestionario, permite servir de guía para relevar y determinar las áreas críticas de una manera uniforme, facilitando la preparación de las cartas de control interno.

Diagrama de Movimientos: consiste en describir objetiva y gráficamente, de manera secuencia los procedimientos, mediante la utilización de símbolos

convencionales y de aplicaciones que den una idea completa de los mismos, por cuanto permiten visualizar fácilmente la totalidad del sistema o procedimiento analizado. Este método presenta múltiples ventajas que van desde un conocimiento más amplio de los procedimientos empleados y de la desviación de los mismos, hasta la identificación clara de la existencia o ausencia de controles financieros y operativos.

- **Determinación de las Técnicas y Prácticas Aplicable:** es el criterio profesional del auditor, el que debe determinar la combinación de las técnicas o prácticas más adecuadas, que le proporcionen la evidencia necesaria y suficiente certeza para fundar sus opiniones y conclusiones, de tal manera que éstas sean objetivas y profesionales. En el caso de cualquier operación, actividad, área o rubro el auditor normalmente aplica un conjunto de técnicas y prácticas. Es lógico que el posea la habilidad, juicio y prudencia de escoger las más efectivas, eficientes y económicas, de estas herramientas de auditoría, de acuerdo con las circunstancias, que le rodean en un determinado momento de trabajo.
- **Normas de Auditorías Generalmente Aceptadas:** las normas de auditoría generalmente aceptadas son las siguientes:

Normas Generales: el proceso debe llevarse a cabo por una persona o personas que tengan el entrenamiento técnico y la capacidad profesional como auditores. En todos los asuntos relacionados con la auditoría interna el trabajo encomendado, el o los auditores auxiliares mantendrán una actitud mental independiente. Se ejercerá el cuidado profesional en la ejecución del examen y en la preparación del informe.

Normas Relativas a la Ejecución del Trabajo: el proceso metodológico del Grupo de Auditores del Hospital Norte ESE, de Puerto Tejada, Cauca, comprende cinco fases, cuyas secuencias no necesariamente deben seguir con absoluta rigidez, de tal manera que pueda ser posible adelantar alguna de ellas en forma simultánea e inclusive fusionar las dos primeras fases, si las características especiales de trabajo así lo requieran. Para el cumplimiento de estas fases, se utilizarán papeles de trabajo, los cuales están constituidos por formatos y documentos, en donde se registra la información completa y suficiente obtenida durante la etapa de conocimiento preliminar, de análisis de situaciones, de reconocimiento y seguimiento.

4.2.2 Fases de Auditoría Interna

El proceso de auditoría interna está integrado por las siguientes fases:⁴¹

Cuadro 3. Fases del Proceso de Auditoría Interna. Hospitales E.S.E.

	Etapas del Examen	Subetapas	Fases
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGOS	Planeación	Conocimiento inicial de las operaciones de la unidad o dependencia a auditar.	PLANEAMIENTO
	Conocimiento de los componentes del control interno	↓ Análisis macro de la dependencia y plan de revisión preliminar.	
		↓ Formulación del diagnóstico general y plan de auditoría.	
		↓ Preparación del Programa de Auditoría.	
	Prueba de eficacia de los procedimientos de control.	↓ Aplicación de pruebas y obtención de evidencias.	EJECUCIÓN
		↓ Interpretación y presentación de los resultados.	
	Elaboración de observaciones y emisión de informes.	↓ Confección del Informe de auditoría, hallazgos, observaciones, conclusiones, y recomendaciones.	CONFECCIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA
		↓ Aprobación del informe de auditoría y remisión a la entidad auditada.	
	Actividades complementarias	↓	MONITOREO Y SEGUIMIENTO
		Seguimiento de la implantación de las medidas correctivas.	

Fuente: Manual de Control Interno Gubernamental. Sindicatura General de la Nación. Presidencia de la República. 2010, p, 24.

⁴¹ Manual de Control Interno Gubernamental. Sindicatura General de la Nación. Presidencia de la República. 2010, p, 24.

4.2.2.1 Fase 1: Conocimiento Preliminar: esta fase la compone:

Objetivo: una vez seleccionada el área o proceso de análisis, se procede a su conocimiento global y a definir el objetivo general del trabajo a realizar, su alcance general básico de personas que lo ejecutarán.⁴²

Acciones Básicas: son las siguientes:

Recoger información y conocer, en general, el área o proceso que se va a analizar, lo cual se logrará mediante la consecución y consulta de documentos, la realización de entrevistas, inspecciones, encuestas y cualquier otra técnica que se considere pertinente.

Determinar el objetivo general de labores a realizar, el cual debe fundamentarse en las circunstancias que motivaron su realización y el conocimiento general que se haya adquirido del área o proceso.

Definir el alcance general del trabajo a realizar, fijar los recursos necesarios y el tiempo estimado para desarrollar las acciones.

Productos: resumen de la información básica del área o proceso analizada.

4.2.2.2 Fase 2: Planeación del Trabajo: esta fase contiene aspectos como:

Objetivo: con base en el análisis de la información general obtenida del área proceso de identificación, sus aspectos claves, los puntos que se consideren críticos, con el fin de determinar los objetivos y alcances específicos del trabajo.

Acciones Básicas: seleccionar y analizar la información específica del área o proceso de acuerdo con el conocimiento adquirido en la primera fase.

Precisar los aspectos claves y los puntos críticos del área o proceso, es decir, aquellos que merezcan especial atención por su incidencia en los resultados de la gestión, por su importancia dentro de los planes y programas establecidos o porque implican decisiones o tienen injerencia en ellas. También se identifican aquellos aspectos relevantes que, a juicio de quienes vayan a realizar el análisis del área o proceso, presenten inconvenientes o problemas.

⁴² Manual de Control Interno Gubernamental. Sindicatura General de la Nación. Presidencia de la República. 2010, p, 24.

Definir los objetivos y alcances específicos del trabajo con fundamento en el resultado del análisis de la información específica. El alcance se definirá teniendo en cuenta, entre otros aspectos, el contenido del trabajo, el tamaño de la muestra que se va a realizar, la ubicación geográfica del área objeto de análisis, y el número de recursos disponibles para su ejecución.

Determinar los criterios que servirán para el trabajo, esto es, definir con precisión los parámetros que permitirán confrontar en el análisis de situaciones, lo que está sucediendo con lo que debe ser así, poder identificar las desviaciones existentes en cada caso. Estos criterios están constituidos por normas internas y externas aplicables a los Hospitales E.S.E., a políticas, objetivos, planes, programas, metas, estándares, indicadores; además por la experiencia y buen juicio de quienes realicen el análisis.

Elaborar el plan de trabajo específico en el cual deberá consignarse los resultados de las acciones señaladas en esta fase y el correspondiente programa de trabajo.

Productos: plan y programa de trabajo específico.

4.2.2.3 Fase 3: Evaluación del Control Interno Establecido y Análisis de Situaciones: esta fase contiene los siguientes aspectos:⁴³

Objetivo: evaluar la idoneidad y efectividad de los controles establecidos y aplicados a las diferentes dependencias, como parte integrante del Sistema de Control Interno, con el fin de identificar, tanto las situaciones positivas como críticas, analizando sus causas y efectos, para proponer recomendaciones y alternativas, de soluciones orientadas a eliminar las causas detectadas y mejorar el sistema de control interno, consecuentemente, la gestión en el área o proceso objeto de análisis.

Acciones Básicas: examinar los aspectos relacionados con la misión del Hospital y de cada una de las dependencias, sistema de planeación existente, organización (funciones, normas, procedimientos, etc.), idoneidad del recurso humano, sistema de información (aplicaciones sistematizadas, formas pre impresas, flujo de correspondencia, etc.) y sistema de verificación (prácticas sanas de control).

Analizar conjuntamente con las personas responsables de la ejecución de actividades, las situaciones significativas y relevantes, con fundamento en los

⁴³ Manual de Control Interno Gubernamental. Sindicatura General de la Nación. Presidencia de la República. 2010, p, 24.

criterios establecidos e identificar sus causas y efectos, para presentar recomendaciones tendientes a mejorar la gestión.

Identificar las amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas del área, proceso o dependencia objeto de análisis.

Productos: listado de las situaciones, de sus causas y efectos; listado de las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades; y listado de recomendaciones.

4.2.2.4 Fase 4: Comunicación de Resultados: esta fase contiene los siguientes aspectos:

Objetivos: suministrar a la Gerencia información útil, veraz y oportuna, en relación con los resultados del trabajo, que se hubiera llevado a cabo, recomendando acciones preventivas y correctivas, para mejorar la gestión.

Acciones Básicas: dar informe de avances verbales o escritos al Gerente y a los responsables del proceso, área o dependencia, que se hubiera analizado; presentar el informe final al Gerente y a las demás dependencias, que tengan relación con el área o proceso analizado, suministrando información importantes y de trascendencia para la toma de decisiones.

Productos: contenido del informe final: el informe final debe constituirse en un instrumento base de gestión. Su redacción debe ser clara, sin ambigüedades y evitando la utilización de expresiones, que puedan generar hostilidades y fricciones. El informe contendrá, fundamentalmente, los siguientes procesos:

Presentación: en la presentación el informe debe contener:

Antecedentes y objetivos del trabajo realizado.

Información básica del área o proceso objeto de análisis.

Alcance y cobertura del trabajo realizado (se precisarán las áreas, procesos y operaciones analizadas y el periodo que fue objeto de análisis).

Metodología y técnicas empleadas.

Situaciones encontradas: se indicarán las situaciones positivas encontradas y las que presentaron desviación, identificando sus causas y efectos con claridad.

Recomendaciones: deben describirse con precisión, de tal manera que del contenido de ellas surja la elaboración del respectivo plan de mejoramiento. Este plan será elaborado por los responsables de la ejecución de las actividades en el señaladas y concertadas con el encargado de ejercer el control interno. En su

contenido se indicarán los resultados esperados, el tiempo estimado para lograrlos y los funcionarios responsables de la ejecución de cada actividad.

Anexos: cuando en aras de mayor claridad se justifican los anexos, el informe los incluirá y en ellos se consignarán, los datos que resultaron inconvenientes introducir en el texto del informe, por cuanto podría distraer la atención de sus destinatarios.

Por otra parte, y dependiendo de la disponibilidad de recursos, es conveniente aprovechar algunos medios audiovisuales (grabaciones, proyecciones visuales, gráficas, diagramas, etc.), para hacer más fácil y eficaz la comunicación de resultados, sobre todo cuando el informe deba ser conocido simultáneamente por un considerable número de personas.

Debe reiterarse que no todas las auditorías se adaptan a un informe rígido, por lo cual el esquema propuesto es válido en la medida que se le vea como una guía general, susceptible de sufrir las modificaciones, que el auditor interno considere oportunas de acuerdo con las particularidades de su revisión.

4.2.2.5 Fase 5: Seguimiento a los Planes de Mejoramiento: contiene esta fase.⁴⁴

Objetivo: la labor del encargado de ejercer el control interno, no concluye con la producción y remisión del informe final, pues debe realizar el seguimiento a las acciones señaladas en el plan de mejoramiento, para determinar su efectivo cumplimiento.

Acciones Básicas: efectuar seguimientos periódicos a través de visitas en las áreas que fueron objeto de análisis o mediante solicitudes escritas de información dirigida a los directivos responsables de la ejecución de las acciones de mejoramiento.

Elaborar informes escritos sobre el resultado de las acciones de seguimiento adelantadas.

Productos: informes en cuyo texto se describirá el estado actual de las situaciones que fueron observadas en el trabajo objeto del seguimiento. También podrá señalarse nuevas recomendaciones, si fuere pertinente.

⁴⁴ Manual de Control Interno Gubernamental. Sindicatura General de la Nación. Presidencia de la República. 2010, p, 24.

4.2.3 Relación del Encargado de Ejercer el Control Interno con los Hospitales E.S.E.

La relación del encargado de ejercer el control con el Hospital E.S.E., consiste en lo siguiente⁴⁵:

Relación de la Oficina Asesora de Control Interno con el Gerente: la relación del Gerente con el encargado de ejercer el control interno, está dirigida a:

Determinar las políticas a seguir: el gerente define mediante instrucciones específicas al encargado de ejercer el control interno, las políticas de administración en materia de control interno, además le suministra información de carácter general sobre políticas gubernamentales relativas a este ramo, que afecta al Hospital E.S.E..

Determinar las actividades a realizar: el gerente establece el marco de referencia de las actividades al encargado de ejercer el control interno, mediante la aplicación de sus programas de trabajo, la recepción de sus informes, el estudio de sus sugerencias y la asignación de revisiones especiales, que se consideren prudentes en casos puntuales.

Respaldar las actividades del encargado de ejercer el control interno: el gerente establece ante las diferentes dependencias del Hospital Norte ESE, de Puerto Tejada, la importancia de las actividades, que ejecuta el encargado de ejercer el control interno, destacando su relación de dependencia directa del gerente, y su independencia respecto a las demás áreas y estimulando la cooperación de todo el personal, para la normal realización de sus funciones.

Proporcionar los recursos para el cumplimiento de las funciones al encargado de ejercer el control interno: el gerente, aprueba el suministro oportuno de los recursos humanos, físicos y financieros, que requiere el encargado de ejercer el control interno, para garantizar el buen éxito de sus funciones.

Atender las recomendaciones del encargado de ejercer el control interno: el gerente, previos los estudios sobre conveniencias y factibilidades de las soluciones propuestas por el encargado de ejercer el control interno, debe tomar las disposiciones necesarias para que los ajustes, correcciones y modificaciones a los procedimientos, se apliquen en beneficio de la entidad.

Relación del Encargado de Ejercer el Control Interno con las Demás Dependencias del Hospital ESE: todos los funcionarios deben tener pleno

⁴⁵ Manual de Control Interno MECI 1000:2005.

conocimiento de los aspectos de control involucrados en los procesos que ellos ejecutan en el Hospital, las políticas y procedimientos que deben atender en el cumplimiento de sus funciones, para lo cual deben proceder a revisar que la exactitud y oportunidad de sus propias acciones correspondan a la calidad y resultados de los que son particularmente responsables, sin consideración a que tales acciones y resultados, sean revisados y aprobados por otro funcionario.⁴⁶

Igualmente, cada funcionario es responsable por los bienes y activos del Hospital, confiados a su cuidado, independientemente de que otros funcionarios practiquen los controles respectivos.

La existencia del encargado de ejercer el control interno, no puede exponer a los funcionarios de responsabilidad sobre las funciones de control que se le han asignado. Además el encargado de ejercer el control interno no puede participar en ningún momento en las operaciones del Hospital E.S.E., para poder mantener su independencia. El auditor es responsable ante el gerente, y por lo tanto, no está obligado a dar cuenta de sus acciones a otras dependencias, aun cuando si debe proporcionar información sobre procedimientos de control cuando le sea requerido.

El encargado de ejecutar el control interno, depende para su eficacia del apoyo total del gerente, del acceso directo al despacho del mismo, que se tomen las medidas necesarias, para que sus hallazgos produzcan las acciones correctivas y los ajustes recomendados.

Actividades del Encargado de Ejercer el Control Interno. Las actividades del encargado de ejercer el control interno, son las siguientes:

Marco Legal: la labor del encargado de ejercer el control interno, se relaciona directamente con la organización misma y con los controles de su gestión. Su interés sobre los procedimientos de control, así como su efectividad y cumplimientos, deberá ser igual que sobre los resultados o producto finales o una mayores. Es evidente que si los controles han sido apropiadamente establecidos y aplicados, los resultados finales o productos habrán de ser correctos.

Al encargado de ejercer el control interno, le corresponde de manera general comprobar la eficiencia de las operaciones, el cumplimiento de los procedimientos establecidos, el acatamiento de las normas, el cumplimiento de los requisitos documentarios y la seguridad aplicada en los bienes y valores.

⁴⁶ Manual de Control Interno MECI 1000:2005.

Funciones del Encargado de Ejercer el Control Interno. Las siguientes son las funciones del encargado de ejercer el control interno:⁴⁷

Funciones Generales: a efectos de alcanzar los objetivos indicados en el punto anterior, el encargado de ejercer el control interno, le compete adelantar acciones de apoyo y asesoría al gerente, y a las demás dependencias a través de:

Evaluar y verificar, de manera selectiva, la legalidad y confiabilidad de la información financiera.

Evaluar la eficiencia, eficacia y economía en el manejo de los recursos humanos, financieros y físicos de la entidad, y determinar, si es el caso de las necesidades de regulación interna o de ajustes a la misma para el mejoramiento de la gestión (control de gestión).

Evaluar la ejecución de la normatividad, aplicables a los procedimientos adoptados para llevar a cabo los procesos de gestión, procurando identificar las dificultades existentes para su uso y los ajustes que sean necesarios, para su mejoramiento (controles y gestión y de legalidad).

Evaluar el cumplimiento de las políticas, objetivos, planes, programas y la economía y eficiencia en su ejecución (controles de gestión y resultados).

Verificar la confiabilidad, seguridad y oportunidad de la información y sistemas computarizados.

A continuación se definen, por áreas en las áreas, las acciones de control que corresponden ejecutar, al encargado de ejercer el control interno:

Funciones en el Área Administrativa:

Evaluar la eficiencia y eficacia de los procedimientos aplicados para la selección, evaluación y autorización de novedades de personal.⁴⁸

Analizar los programas de desarrollo y bienestar y evaluar su ejecución.

Evaluar la oportunidad para la autorización de las diferentes situaciones administrativas, para el reconocimiento de salarios y prestaciones sociales de conformidad con la normatividad vigente.

⁴⁷ Ibídem.

⁴⁸ Manual de Control Interno MECI 1000:2005.

Evaluar la razonabilidad y oportunidad de adquisiciones y contratación de servicios.

Evaluar la eficiencia y eficacia de los procedimientos aplicados para las adquisiciones, almacenamiento e inventario de bienes y contratación, de servicios de conformidad con la normatividad vigente.

Funciones en el Área Financiera:

Evaluar la eficiencia y eficacia de los procedimientos aplicados en las operaciones contables, presupuestales y de tesorería de conformidad con la normatividad vigente.

Evaluar la rentabilidad de las operaciones financieras.

Evaluar el presupuesto programado para cada vigencia, con sus ajustes y ejecución.

Verificar la oportunidad y confiabilidad de los pagos que se hacen por concepto de adquisición de bienes y servicios.

Funciones en el Área Operativa:

Analizar la eficiencia, eficacia y legalidad de las acciones desarrolladas por la gerencia, evaluando los procedimientos utilizados.

Evaluar la aplicabilidad y funcionalidad de los instrumentos metodológicos utilizados para el cumplimiento de la gestión.

Funciones en el Área de Sistemas: las siguientes son las funciones del área de sistemas:

- Analizar el programa de sistematización de la entidad, su ejecución y conformidad con las políticas establecidas en esta materia.
- Evaluar las seguridades de los equipos de cómputos y el sistema de acceso a las aplicaciones computarizadas.
- Evaluar la existencia, actualización y seguridad física de los archivos de respaldo.
- Evaluar la eficiencia y eficacia en la utilización de los equipos de cómputos y de las aplicaciones sistematizadas.
- Verificar la existencia, aplicación y funcionalidad de la documentación, y del soporte técnico, necesario para el manejo de los sistemas de información y de los equipos de cómputos.

Alcance y Atribuciones de las Labores del Encargado de Ejercer el Control Interno. Las funciones establecidas para el encargado de ejercer el control interno, deben tener una amplia divulgación en todas las dependencias del Hospital E.S.E., para que su naturaleza sea conocida por todos los niveles.

Aun cuando las funciones asignadas al encargado de ejercer el control interno, son específicas, el alcance de sus actividades no debe estar limitado, con el propósito de que en caso necesario, pueda ampliar el radio de sus acciones al cubrimiento de eventos, documentos, productos o resultados que pudieran aportar claridad a sus revisiones.

El encargado de ejercer el control interno, tendrá libre acceso a las diferentes áreas de la entidad y podrá examinar el contenido de todos los libros, registros y documentos, así como verificar la existencia de bienes, valores y demás activos del Hospital E.S.E.

Frecuencia y Extensión de las Revisiones del Encargado de Ejercer el Control Interno. De conformidad con las resultados obtenidos en las visitas precedentes, el encargado de ejercer el control interno, determinará la mayor o menor intensidad y frecuencia con que cada dependencia se revisa, así como los puntos del programa en los que habrá de ponerse particular énfasis.⁴⁹

El encargado de ejercer el control interno, dispondrá que ocasionalmente se varíe la extensión de algunos de los objetivos de las visitas regulares, con el propósito de que se exploren especialmente algunos aspectos, que se consideren de importancia. Cualquier variación en la extensión de alguna visita y su énfasis requerirá de instrucciones especiales en la correspondiente asignación de tareas.

4.2.4 Programas de Auditoría

Los programas de auditoría interna, deben contener los siguientes aspectos:⁵⁰

Contenido de los Programas de Auditoría: toda la labor de auditoría debe ser controlada por medio de la utilización de programas de trabajo. Estos programas son planes que se hacen previamente a los trabajos que han de efectuarse y deben responder a la recopilación razonable metódica y pormenorizada de prácticas comunes de auditoría y evaluación de control interno, basada en preceptos oficiales de cumplimiento obligatorios y en procedimientos técnicos

⁴⁹ Manual de Control Interno MECI 1000:2005.

⁵⁰ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p, 162.

generalmente aceptados, aplicables total o parcialmente a todas las actividades y procedimientos del Hospital E.S.E.

El programa de auditoría es un esquema detallado del trabajo por realizar, de los procedimientos a aplicar y de los recursos involucrados, en el que se determina la extensión y oportunidad, así como los papeles de trabajo que deben ser elaborados. El resultado de la planificación adecuada, ha de ser una orientación para el funcionario que realiza la auditoría y una guía para la eficaz realización de su trabajo.

Seguimiento del Programa de Auditoría: los objetivos y procedimientos de auditoría detallados para las diferentes áreas del Hospital E.S.E., no tiene el carácter de ser único y rígidos para el cumplimiento de los propósitos buscados, el fin del presente documento es proporcionar una guía de carácter general, que oriente las actividades del funcionario encargado de la Oficina Asesora que ejercerá el control interno, pero sin limitar sus acciones al simple diligenciamiento de formularios. El auditor es ante todo un profesional que aplica su conocimiento y criterio al mejor resultado de su trabajo, con disposición positiva y deseo de mejorar.

En el desarrollo del trabajo de auditoría, los procedimientos, formularios y papeles de trabajo deben ser actualizados y modificados, de acuerdo a nuevas circunstancias, observaciones, sugerencias y recomendaciones que de él resulten. Los planes y programas de auditoría deben ser flexibles. Las acciones sugeridas y los procedimientos recomendados representan la experiencia que resultan útiles para lograr los objetivos de verificación.

Se espera que el funcionario encargado de ejercer el control interno, seleccione los procedimientos que a su criterio se requieran en las verificaciones sobre el control, utilizando los procedimientos indicados en la presente guía, complementándolos con otros procedimientos para lograr los objetivos previstos. Dentro de estos criterios de flexibilidad, el funcionario tendrá que justificar en su informe cualquier variación importante, que haya juzgado en los programas que se ha confiado.

Acciones Obligatorias: en el desempeño normal de actividades, el funcionario de la auditoría, se verá precisado consultar frecuentemente las regulaciones internas sobre procedimientos y políticas generales de la gerencia. Por consiguiente, además de mantener un conocimiento al día en las leyes, decretos, reglamentos, actas, circulares y demás disposiciones vigentes, deben utilizar como guía el Manual de Control Interno, en el cual se cita la normatividad pertinente a cada proceso, además de las autorizaciones necesarias y seguridades, con que deben manejarse los procedimientos y bienes del Hospital E.S.E

4.2.5 Modo de Uso del Manual de Auditoría Interna

Su utilización será de uso obligatorio para todas las auditorías internas integrales que realice el Grupo Auditor del Hospital E.S.E. El cumplimiento de cada una de las actividades y tareas definidas en cada fase de la auditoría deberá ser controlada por quien ejerza la supervisión de las actividades. Se recomienda la utilización de los papeles de trabajo y la confección de los legajos definidos en los procedimientos para “confección de legajos y papeles de trabajo”, con el objeto de facilitar el acceso a la información y propender a la unificación de criterios de trabajo.⁵¹

Este manual debe ser actualizado por lo menos una vez cada dos años, para lo cual se someterá a ronda de consulta entre los integrantes del Grupo Auditor del Hospital E.S.E., sin perjuicio de las propuestas permanentes, que surjan.

Finalmente se concluye que, la auditoría interna representa el puente entre la Administración y el Consejo, así mismo, apunta al clima ético y la eficiencia y eficacia de las operaciones, y apoya a la Gerencia del Hospital E.S.E., en el cumplimiento de reglas, regulaciones y todo lo relacionado con la práctica de la prestación del servicio de salud.

La administración del Hospital E.S.E., es responsable de establecer y mantener el sistema de control interno en la entidad. El sistema de control interno, es aquél cuya estructura, actividades y procesos, coadyuvan a logra una administración efectiva, mitigando los riesgos que pueden entorpecer el logro de los objetivos del Hospital. La administración tiene a su cargo esta responsabilidad en favor de los usuarios de la entidad, responsabilidad que se hace extensiva a otros grupos, como es el caso del Consejo de Administración, el Comité de Auditoría y las autoridades gubernamentales.⁵²

Una función de auditoría interna independiente y efectiva, es la que asiste a la administración del Hospital, para el pleno desempeño de sus responsabilidades, proporcionándole un enfoque sistemático y disciplinario, asegurar la eficiencia en el diseño y la operación del sistema de control interno, y en el proceso de administración de riesgos.

⁵¹ SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p, 166.

⁵² SANTILLANA, Juan Ramón. Auditoría Interna. Capítulo Cinco. México: Pearson Educación. Tercera Edición. 2013, p, 12.

El objetivo de asesorar en el sistema de control interno y en el proceso de administración del riesgo, por parte de la función de auditoría interna, provee a la administración del Hospital Norte ESE, de Puerto Tejada, un aseguramiento independiente de que los riesgos serán mitigados de manera apropiada; ello debido a que los auditores internos, son expertos en la comprensión de los riesgos de la entidad y en los controles disponibles para mitigarlos. Su apoyo consiste en el conocimiento de estos asuntos, que dan base para proponer recomendaciones para su mejora.

Aquellas entidades que no cuenta con una función de auditoría interna están perdiendo los invaluable beneficios, que aporta la auditoría interna profesional; además de correr el riesgo de que su administración no se encuentre en la mejor posición de proveer conocimientos, independencia y opiniones objetivas sobre el sistema de control interno.

Una lección primaria, proveniente de descalabros financieros y colapsos de numerosas entidades, es que un gobierno, administración de riesgos y controles internos eficientes son esenciales, para asegurar supervivencia de las entidades; por ello, y bajo una perspectiva objetiva, el conocimiento a detalle de una entidad, y la aplicación de sólidos principios de auditoría y consultoría, son el mejor soporte para asegurar la buena marcha de una entidad pública.

4.2.6 Otras Acciones de Seguimiento y Verificación Recomendadas, para el Logro de la Calidad en el Servicio de Salud Prestado, en los Hospitales E.S.E

Otras de las acciones de seguimiento y verificación de la auditoría interna a aplicar en los Hospitales E.S.E, recomendadas son las siguientes:

Auditorías externas por parte de entidades administradoras de planes de beneficios. Estas tienen como propósito verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Hospital E.S.E. Evalúa parámetros de calidad y de suficiencia para la prestación del servicio de salud a sus usuarios. Como resultado de éstas se pueden establecer planes para el mejoramiento de los servicios.

Auditorías externas de habilitación y de pares. Son realizadas por el equipo de habilitación de la Secretaría de Salud Departamental y evalúan los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Para esto, el Hospital E.S.E., debe haber realizado un diagnóstico y planes para dar cumplimiento a la totalidad de los requisitos exigidos. También y con miras a la preparación, a través, de la Asociación de Hospitales, se realizan evaluaciones por pares a fin de detectar situaciones que puedan afectar la habilitación de la entidad.

Encuestas de Satisfacción al Usuario. El Hospital E.S.E., deberá realizar cuatro (4) encuestas de satisfacción al usuario durante un año, y por cada proceso asistencial. Dicha encuesta permite extraer información, la cual es revisada a través del Comité Técnico Institucional y permite tomar decisiones.

Sistema de Quejas y Reclamos. Esta acción se hace según el procedimiento de quejas y reclamos establecido por la entidad. El tiempo de respuesta a una queja es de 15 días. Igualmente, en algunos casos se apoya en el Comité de Ética, para dar trámite y solución al evento.

Selección y Evaluación de Proveedores. Esta acción se hace con base al procedimiento de selección y evaluación de proveedores, establecido por el Hospital; se hace selección y evaluación de proveedores en la convocatoria pública de inicio de año. Posteriormente y a mitad del año se hace seguimiento a dichos contratistas con el fin de destacar los aspectos positivos en dicha contratación y subsanar aquellas situaciones, que representan obstáculos para la eficaz ejecución del contrato.

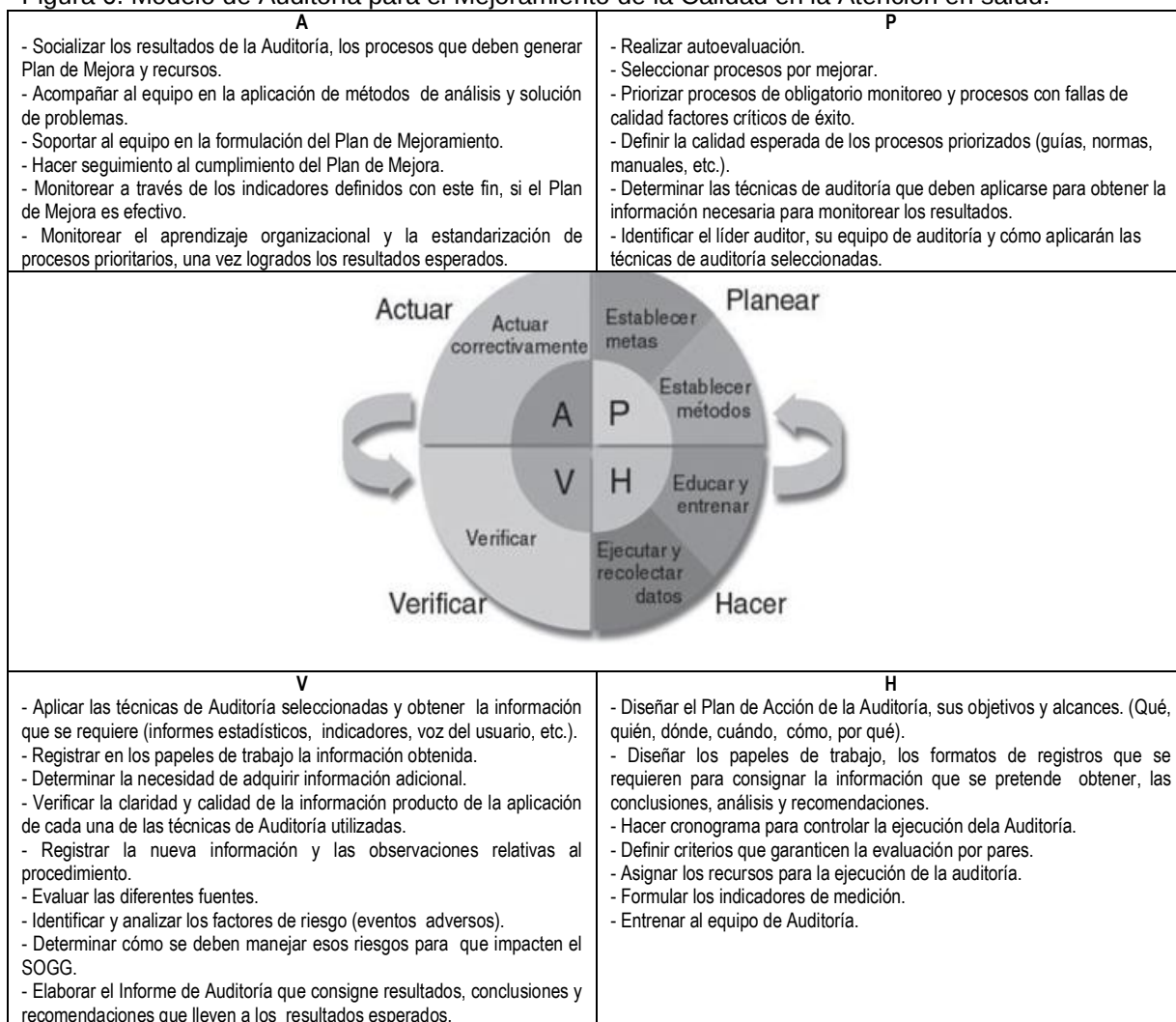
Evaluación de Historia Clínica. Su finalidad es revisar la calidad en el diligenciamiento de la historia clínica, evaluando con unos estándares establecidos, como calidad deseada. Permite retroalimentar los profesionales evaluados y tomar medidas tendientes a mejorar la calidad de la historia clínica.

Hacer Seguimiento con Enfoque Sistémico. A la implementación de las mejoras desde el enfoque sistémico, debe darse un aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo. El aprendizaje en equipo es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo, para crear resultados, que sus miembros realmente desean.⁵³

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en salud se concibe en forma operativa siguiente el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA), como se explica en la Figura 6.

⁵³ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 32

Figura 6. Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en salud.



Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p. 33.

Ejecutar el Proceso de Autoevaluación. La evaluación realizada utilizando la dinámica del pensamiento sistémico comienza con la comprensión del concepto simple llamada feedback o retroalimentación y muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse entre sí. Los hallazgos de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, deben permitir realimentar o retroalimentar al Hospital E.S.E., para que siga fortaleciendo la cultura del

autocontrol, y estructurar el Plan de Mejoramiento de los procesos, y establecer si se requieren recursos, para la ejecución de este.⁵⁴

Los resultados de la auditoría deben retroalimentar los procesos y la vez la capacidad de aprendizaje distribuida en el conjunto de la organización. La auditoría debe considerarse más bien como una función de un sistema que hace posibles la auto interpretación, la auto intervención y el auto diseño del sistema como sistema viable. Esto permite nuevos acuerdos, nuevas posibilidades de entendimiento entre las partes. Tales acuerdos se construyen en las conversaciones sobre el modelo observado, y llevan a generar compromiso de mejoramiento continuo.⁵⁵

A continuación se presenta una serie de hitos que pueden ayudar al Hospital E.S.E., a realizar el proceso de autoevaluación:

Cuadro 4. Hitos que pueden ayudar a los Hospitales E.S.E. a realizar el Proceso de Autoevaluación.

METODOLOGÍA DE TRABAJO
Planeación de la Ejecución del Trabajo
1. Organización de los equipos: Se sugiere nombrar un líder de cada equipo, un secretario (a) que tendrá a cargo la documentación del proceso de autoevaluación y un responsable de la consolidación de la información: los análisis a los que se llegó consensuadamente por parte de los participantes. 2. Organización de los recursos logísticos: sitios de reuniones, cronograma de reuniones, refrigerios, material, equipos, manejo de la documentación.
Reuniones de Trabajo para Autodiagnóstico
1. Lectura rápida y general de los estándares o de los referentes por utilizar para la realización del autodiagnóstico de cada uno de los equipos. 2. Lectura del proceso por analizar o estándar por evaluar: El grupo en pleno estudiará y homologará el enfoque del criterio asignado como responsabilidad del grupo para trabajar el proceso de autoevaluación. 3. Identificación de las oportunidades de mejoramiento (debilidades), respecto al lineamiento del criterio o de los estándares de este: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización. 4. Definición del coordinador con los miembros de cada uno de los equipos sobre la forma como presentará el informe (a nombre del grupo).
Presentación Final de Cada Equipo
1. Plenaria: El líder del proceso de autoevaluación, el líder del proceso de auditoría y si existe el asesor externo, presidirán la jornada de la plenaria e invitarán a la mesa principal a la Gerencia de la institución o las personas que tengan a bien. Deben organizar el orden de las presentaciones, el tiempo asignado a cada uno de los equipos para las presentaciones, controlar el tiempo empleado, recoger los documentos de trabajo de cada subgrupo y las exposiciones. 2. Presentaciones por parte de los coordinadores de cada subgrupo, y 3. Cierre de la Plenaria por parte de la Gerencia de la Entidad.
Consolidación Informe Final

⁵⁴ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 33.

⁵⁵ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 41.

1. Redacción del Informe consolidado del autodiagnóstico institucional, se sugiere conformar una Comisión Redactora para este Informe final, que debería ser integrada por los líderes o coordinadores de los equipos de trabajo. Dependiendo de la disponibilidad de tiempo con que se cuente, este Informe se consolida a continuación de la finalización de la Plenaria o igualmente se puede elaborar en una jornada adicional y complementaria del Taller (es lo más recomendado), en donde los seis coordinadores, los líderes del proceso de autoevaluación y auditoría producirán el informe final.

2. Presentación del Informe Consolidado del Diagnóstico por parte de la Comisión Redactora, a la Gerencia y equipo ejecutivo de la organización, que será el insumo para la ejecución de la siguiente etapa de la Ruta Crítica, en donde se hará la priorización de los problemas por intervenir.

Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 41.

El proceso de autoevaluación debe ser planeado y programado, dado que el tiempo que se requiere para realizar un proceso de autodiagnóstico participativo y a profundidad demanda un tiempo importante de los participantes, de recursos de logística del Hospital, de análisis de información y de capacitación de llegar a acuerdos frente al tema a evaluar y en caso de utilizar el sistema único de acreditación de homologar el significado de cada uno de los estándares por analizar.

Realizar la Priorización de los Procesos Objeto de Mejoramiento. Los factores críticos de éxito, son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros del Hospital E.S.E., contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. Ejemplos de ellos son:⁵⁶

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).
- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.
- Calidad de la atención.

Finalmente, es importante que los miembros del Hospital entiendan el factor de la misma manera, por lo que se sugiere que se realice un documento donde se defina cada uno de los factores antes de la realización del ejercicio de priorización. En el mismo taller planteado para cumplir con el propósito de identificar los procesos, que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

⁵⁶ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 45.

Elaborar Procesos Estandarizados. Para elaborar los procesos estandarizados se tiene que realizar el siguiente proceso:

- Describir paso a paso el proceso, escribir uno a uno los pasos del proceso, listando las tareas que realiza.
- Identificar las tareas que agregan valor, y las que no (una tarea agrega valor cuando es indispensable para el clientes).
- Diagramar el proceso, mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ha definido para su institución algunos símbolos, hay que utilizarlos y asegurarse de que todos entiendan su significado.
- Formalizar mecanismos, para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

Cuadro 5. Métodos para el Establecimiento de Procesos Estandarizados

Definir cuáles son los productos y/o servicios de la gerencia para establecer los Sistemas.
Establecer los objetivos del sistema en cuanto a calidad, costo, seguridad, atención y disponibilidad del personal cuando estas apliquen al producto o servicio prioritario. EJEMPLO: Sistema de Compras Objetivos: Calidad en las compras, costo, plazo, seguridad. Cómo medir Definir meta o fin del sistema
Establecer el flujo grama del sistema, los medios o cómo lograr los objetivos y garantizar la calidad de los productos y servicios explicando los procesos necesarios y reflejando la situación real de lo que actualmente se hace.
Simplificar el flujo grama criticando cada etapa o proceso que se desarrolla a través de los porqués encontrando su razón de ser.
Dividir el flujo grama de acuerdo con las cuatro etapas: planear, ejecutar, verificar y actuar. Detallando cada proceso o tarea por el método 5W 1H (qué, quién, por qué, cuándo, dónde y cómo).
Definir los procesos prioritarios o críticos y desarrollar el flujo grama de las tareas necesarias para realizarlos.
Determinar cuál es la tarea prioritaria o crítica y desarrollar el estándar de procedimiento operacional.

Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 79.

Estándar del Proceso. El estándar de proceso es un instrumento de planeación en las jefaturas y las coordinaciones; por su presentación permite el seguimiento de cada una de las tareas del proceso, en aras de asegurar los resultados finales (productos).⁵⁷

- Define el plan de acción de los procesos.
- En su elaboración participan la jefatura y el nivel operativo.

⁵⁷ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 80.

- Presenta el flujo grama que corresponde al qué se hará; además, el quién será responsable de la tarea, el cuándo se hará dicha tarea, el cómo se hará (que permite la vinculación del estándar de proceso con el procedimiento operacional), el donde se realizará y el por qué o para qué de la tarea.
- Sirve de base para la elaboración del procedimiento operacional y del manual de entrenamiento.

Cuadro 6. Formato del Estándar del Proceso.

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE					
DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO					
ESTÁNDAR DE PROCESO					
PROCESO: Cómo se denomina el proceso			CÓDIGO: Según la institución		Hoja No. #
RESPONSABLE DEL PROCESO: Quién gerencia el proceso				Fecha: Última Actualización	
FLUJOGRAMA	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	COMO
1. Nombre de cada tarea componente del proceso	Ejecutante de esa tarea	Fecha, horario, momento en el cual se hace la tarea.	Lugar de Ejecución	Justificación de la tarea, qué pasaría si no la hiciera, beneficios o valor agregado que genera.	Método o procedimiento como se realiza la tarea. Si es simple se explica aquí; de lo contrario, se usa el procedimiento operacional. (Es recomendable en gerundio).

Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 80.

Únicamente deben ser llevadas al procedimiento operacional, aquellas tareas de alta complejidad que sean imposibles de explicar claramente para la ejecución correcta del proceso.

Procedimiento Operacional. El procedimiento operacional se elabora una vez formulado el estándar de proceso, este es estándar de trabajo del nivel operativo,

es decir, de cada una de las personas que ejecutan procesos cotidianos. Presenta las actividades críticas para ser desarrolladas como una explicación del cómo del estándar de procesos, establece los materiales requeridos para la ejecución de la tarea, los resultados esperados, que en ciertas ocasiones se convierten en los indicadores de verificación de los procesos, también los principales problemas y algunas de las acciones cuando se presenta un resultado no esperado. Este formato es la base para el manual de entrenamiento.⁵⁸

Cuadro 7. Formato para el Procedimiento Operacional.

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE	
DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO	
PROCEDIMIENTO OPERACIONAL	
PROCESO: Cómo se conoce el proceso	FECHA: Última modificación
TAREA: Tarea crítica del proceso	CÓDIGO: Según institución
RESPONSABLE: Ejecutante	REVISIÓN: Área
1. CONDICIONES Y MATERIALES NECESARIOS	
Determinar las condiciones y los materiales necesarios para desarrollar correctamente la tarea.	
2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
Actividad 1 Actividad 2 Actividad 3 Actividad 4 Actividad 5	Identificar la secuencia de actividades de la tarea y enunciarlas en orden de ejecución. Si es necesario se pueden complementar con gráficos o cuadros explicativos.
3. MANEJO DE MATERIALES	
- Formas de almacenamiento, procedimientos previos de preparación, como por ejemplo revisar la temperatura de los baños María para una incubación.	
4. RESULTADOS ESPERADOS	
Los productos que deben resultar de la tarea si se lleva idóneamente.	
5. ACCIONES CORRECTIVAS	
Ante imprevistos qué alternativas tiene el ejecutante, cómo se corrigen los errores más frecuentes.	

Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 82.

Por ejemplo, con frecuencia en las unidades de admisiones se presentan pacientes que no traen el carné u olvidan algún documento para su correcta identificación. Lo que generalmente sucede es que la persona que está encargada de ese proceso debe parar la ejecución del mismo por no tener claro qué tipo de solución inmediata debe al problema. Las acciones correctivas que presenta el procedimiento operacional permiten establecer de manera escrita y formal las soluciones a este tipo de problemas, posibilitando el flujo continuo y permanente de los procesos.

Manual de Entrenamiento. El manual de entrenamiento también ha sido llamado tutor de procesos, y es el instrumento básico de capacitación a los ejecutores de

⁵⁸Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 81.

los procesos. Su elaboración es responsabilidad de los jefes. Define cada una de las actividades de la tarea, es utilizado cuando por alguna razón la complejidad de la tarea crítica enunciada en el procedimiento operacional, excede su explicación inicial. Presenta cada una de las actividades críticas y cómo deben ser realizadas, el riesgo de cada una de ellas y la forma de neutralizar el riesgo. La fuerza del manual de entrenamiento es su objetividad.⁵⁹

Cuadro 8. Formato para el Manual de Entrenamiento

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE					
DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO					
MANUAL DE ENTRENAMIENTO					
PROCESO: al que corresponda la tarea			FECHA: Última modificación		
TAREA: Tarea crítica que debe ser más detallada			CÓDIGO: Según institución		
RESPONSABLE: Ejecutante de la tarea			REVISIÓN: Área Coordinadora		
No.	QUÉ HACER	CÓMO HACER	POR QUÉ HACER	RISGO	NEUTRAL
A1	Describir la actividad	Describir el método o los métodos que voy a realizar para ejecutar la tarea. Si la descripción del cómo es muy extensa (por ejemplo condiciones de los pacientes para venir a la toma de muestra al laboratorio) se puede remitir a un anexo.	Evitar errores en su ejecución, capacitar al personal.	Los riesgos de que algo salga mal	Cómo se soluciona, estando la solución a la mano del ejecutor
A2					
A3					
A4					

Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 83.

Es necesario estar atento a no incurrir en el error de considerarla estandarización como un fin en sí misma. La estandarización es un medio y no un fin, se emplea para obtener la previsibilidad de los resultados y desarrollar el grupo humano. De esta forma, estandarizando las tareas críticas de los procesos críticos es posible garantizar el mantenimiento de la calidad y la eficacia del sistema al cual pertenecen.

La auditoría integral en los Hospitales E.S.E., busca determinar la eficiencia, la eficacia y la economía para manejar los recursos disponibles de la entidad, para el

⁵⁹ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p, 83.

logro de sus objetivos. La auditoría integral combina diferentes mecanismos y técnicas de auditoría y, más específicamente, diferentes dominios sobre los que recae la acción auditora. No sólo se revisan asuntos financieros y operativos, sino que se amplía el marco de análisis para incluir aspectos que, en última instancia, están articulados por la capacidad que tenga el auditor integral de ver la relación entre el uso de los recursos y el impacto que la actividad de la organización produce, a través de ecuaciones de eficiencia, eficacia y economía.⁶⁰

Es en esta auditoría que subraya el hecho de que se basa en el conocimiento integral de la entidad, el cual requiere una efectiva incorporación de los diferentes enfoques de auditoría más bien que su mera cotidianidad. Se pretende así lograr una interacción de los distintos tópicos de auditoría que incluya los aspectos humanísticos y organizacionales, dirigida a la obtención y entrega de resultado. Su propósito no se limita a identificar las fallas de la entidad, sino a generar aportes que agreguen valor a la entidad. Así entendida, la auditoría integral resulta multidimensional y multidireccional.

Entonces debe concebirse el ejercicio de la auditoría en el Hospital ESE Norte Puerto Tejada, como un elemento que aporta y promueve las actividades de la entidad auditada, en contraste con la actitud lejana y ajena del auditor tradicional quien, escudado en la imposibilidad de ser juez parte, evita comprometerse con el auditado.

El Hospital E.S.E., podrá entonces, definir un “nuevo auditor”, como observador, sistémico, que debe superar la tradición de las ciencias duras que se enfoca fundamentalmente a las cosas y aspectos particulares de las mismas, y apropiarse de un nuevo enfoque dirigido a las relaciones. No observar la entidad de manera fragmentada y fragmentaria, sino de manera holística y sistemática.

De esta manera, la auditoría estará concebida como una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta diseñada para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad, con lo cual fortalece el cumplimiento de sus objetivos a través de un enfoque sistémico y disciplinado de evaluación y medición de los procesos de gestión y control, convirtiéndose en una importante herramienta de verificación, que se traduce en una mejora continua y en el perfeccionamiento de conocimiento y aptitudes.

⁶⁰ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007., p. 28..

5. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el control interno, y la auditoría interna son mecanismos de control se puede establecer que para lograr excelentes resultados se deberá aplicar las fases existentes como mecanismo de apoyo para fortalecer las debilidades que existen.

Es de vital importancia resaltar que un buen manejo de la auditoría interna y el control interno se encuentra reflejado en las actividades que realiza el gerente general relativas al rediseño de la estructura organizacional, la mejora y evaluación permanente de manuales de procedimientos, protocolos y guías de atención, de todas las dependencias; la organización de un sistema integral de información electrónica; administración técnica y adecuada del talento humano; la organización técnica del control de gestión, para evaluar la calidad, eficiencia, eficacia; teniendo en cuenta que el MECI 1000 de 2004 y el NTCGP de 2009 mejoraran los procedimientos establecidos y con la aplicación con toda la integridad de la Ley 87 de 1993, la creación de la Oficina Evaluadora del Control Interno; organización del Comité Coordinador y Evaluador del Control Interno; organización técnica del sistema contable y financiero; y el fomento y apoyo permanente de nueva cultura hacia el control y la modernización.

Es por esto que la propuesta para mejorar al servicio de salud a los usuarios, con base a leyes existentes y auditoría interna, en los Hospitales E.S.E., se fundamenta en la aplicación de la Constitución Política de Colombia artículo 209, 269, principios constitucionales de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad; la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011; un manual de auditoría interna integrando los objetivos, propósito, alcance, aspectos generales, técnicas y métodos de evaluación y seguimiento del grupo auditor y de control interno; los métodos, técnicas y práctica aplicable, las Normas de Auditorías Generalmente Aceptadas, y las Fases de Auditoría: Conocimiento preliminar; Planeamiento del trabajo; Evaluación del control interno y análisis de situaciones; Comunicación de resultados y seguimiento a los planes de mejoramiento; Programas de auditoría; y otras acciones de seguimiento y verificación como, encuestas de satisfacción al usuario, un sistema de quejas y reclamos, la selección y evaluación de proveedores, la evaluación de la historia clínica del paciente, hacer un seguimiento con enfoque sistémico, ejecutar el proceso de autoevaluación, la priorización de procesos para mejorar, elaborar procesos estandarizados y un manual de entrenamiento; de esta forma la auditoría interna será una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, diseñada para agregar valor y mejorar todas las actividades en los Hospitales E.S.E.

6. RECOMENDACIONES

A los Hospitales E.S.E., en el caso objeto de estudio Hospital Norte Puerto Tejada, mejorar el servicio de atención en salud, pues éste servicio fue calificado por los usuarios con una calificación de prestado de 2.64 en el criterio Regular, indicando esta calificación la mejora también de la auditoría interna aplicada en dicha entidad.

A los Hospitales E.S.E., aplicar las normas de auditoría interna, para que el efecto de la prestación del servicio de salud sea eficiente, y calificado por los usuarios con un alto grado de calificación, y fomentar y apoyar permanentemente, una nueva cultura hacia el control y la modernización.

Los Hospitales E.S.E., cumplir las normas de la Constitución Política de Colombia, artículos 209, 269, los principios constitucionales de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad; la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, para que la entidad satisfaga todas las necesidades de salud, que desean los usuarios de este servicio, de manera ética y responsable.

Diseñar un manual de auditoría interna integrado aplicando las Normas de Auditorías Generalmente Aceptadas, y siguiendo las fases que la componen, con respecto al conocimiento preliminar; planeamiento del trabajo, evaluación del control interno y análisis de situaciones, comunicación de resultados y seguimiento a los planes de mejoramiento, programas de auditoría.

Realizar otras acciones como, encuestas de satisfacción al usuario, un sistema de quejas y reclamos, la selección y evaluación de proveedores, la evaluación de la historia clínica del paciente, un seguimiento con enfoque sistémico, ejecutar el proceso de autoevaluación, priorizar los procesos a mejorar, estandarizar los procesos, diseñar un manual de entrenamiento; y hacer de la auditoría interna, una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta.

7. BIBLIOGRAFIA

Bello, J. D.; Díaz, M. L. (2012). La Calidad de Atención en Salud, Reto o Sofisma; Trabajo de Grado para Optar el Título de Especialista en Control Interno. Bogotá.

Cuellar Mejía, Guillermo Adolfo. (2009). Construcción de un Concepto Universal de Auditoría.

Del Toro Ríos, José Carlos; Antonio, Fonteboa Vizcaíno; Armada Trabas, C. Elvira; Santos Cid, Carlos Manuel. (2005). Control Interno. Centro de Estudios Contables Financieros y de Seguros. (CEOFIS). Pdf.

Malagón- Londoño, G., Morera, G., & Verde, P. I. (2003). Auditoria en Salud Para una Gestión Eficiente. Santa Fe de Bogotá: Álvaro Garrido Madrid.

Mantilla B., S. A. (2010). *Control Interno Informe COSO*. Santa Fe de Bogotá: Ecoe Ediciones.

Ministerio de protección social. (2007). Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá D.C, Colombia.

Orozco, J. M. (2007). Marco Normativo Del Régimen Contributivo y Requisitos de Contribución de un EPS; Auditoria Para El Mejoramiento De Las Calidad De La Atención En Salud. Cartagena.

Reina M, A. S. (Enero- Junio de 2010). Elementos para la gestión de riesgos en las entidades promotoras de salud del régimen contributivo en Colombia. Revista CES Medicina, 24(1), 19-35.

Soriano Guzmán, Genaro. (1992). La Auditoría Interna en el Proceso Administrativo. Editorial Cenepec.

ANEXO

Anexo A.

ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN EN SALUD, PRESTADA POR EL CASO OBJETO DE ESTUDIO, HOSPITAL E.S.E., NORTE, DE PUERTO TEJADA, CAUCA

Fecha de la Encuesta: _____

Nombre Encuestado: _____

Objetivo de la Encuesta: identificar el efecto que el servicio de salud produce en los usuarios, de la entidad Hospital E.S.E. Norte, de Puerto Tejada, cauca.

1. ¿Si es usuario del servicio de salud del Hospital Norte ESE, Puerto Tejada, qué percepción tiene en general sobre el hospital? Responda en una escala de 1 a 5 donde: 1 – Pésimo 2 – Malo 3 – Regular 4 – Bueno.

Variable	1 Pésimo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno
Hay fallas en el suministro de recursos, los espacios son incómodos, la información al paciente y familia es insuficiente				
Existen esperas prolongadas				
El personal tiene dificultades en el trato al paciente.				
El personal es cálido y colaborador				

**2. Los trámites administrativos para acceder a los servicios son:
Responda en una escala de 1 a 5 donde: 1 – Pésimo 2 – Malo 3 – Regular 4 – Bueno.**

Variable	1 Pésimo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno
No hay claridad, se deben hacer muchas diligencias para obtener el servicio.				
Debe esperar un tiempo prolongado para poder acceder al servicio.				

Hay congestión en los puntos de atención por falta de personal.				
El personal le orienta adecuadamente y la atención es ágil.				

3. Cuando tiene dificultades y necesita apoyo u orientación para resolver una situación que afecta al paciente, el personal: Responda en una escala de 1 a 5 donde: 1 – Pésimo 2 – Malo 3 – Regular 4 – Bueno.

Variable	1 Pésimo	2 Malo	3 Regular	4 Bueno
Escucha de manera distraída y no colabora en su solución.				
No se encuentra a la persona indicada en su puesto de trabajo.				
Debe acudir a varias dependencias y hablar con varias personas que intervengan en el caso.				
Escucha activamente el problema y colabora con su solución.				

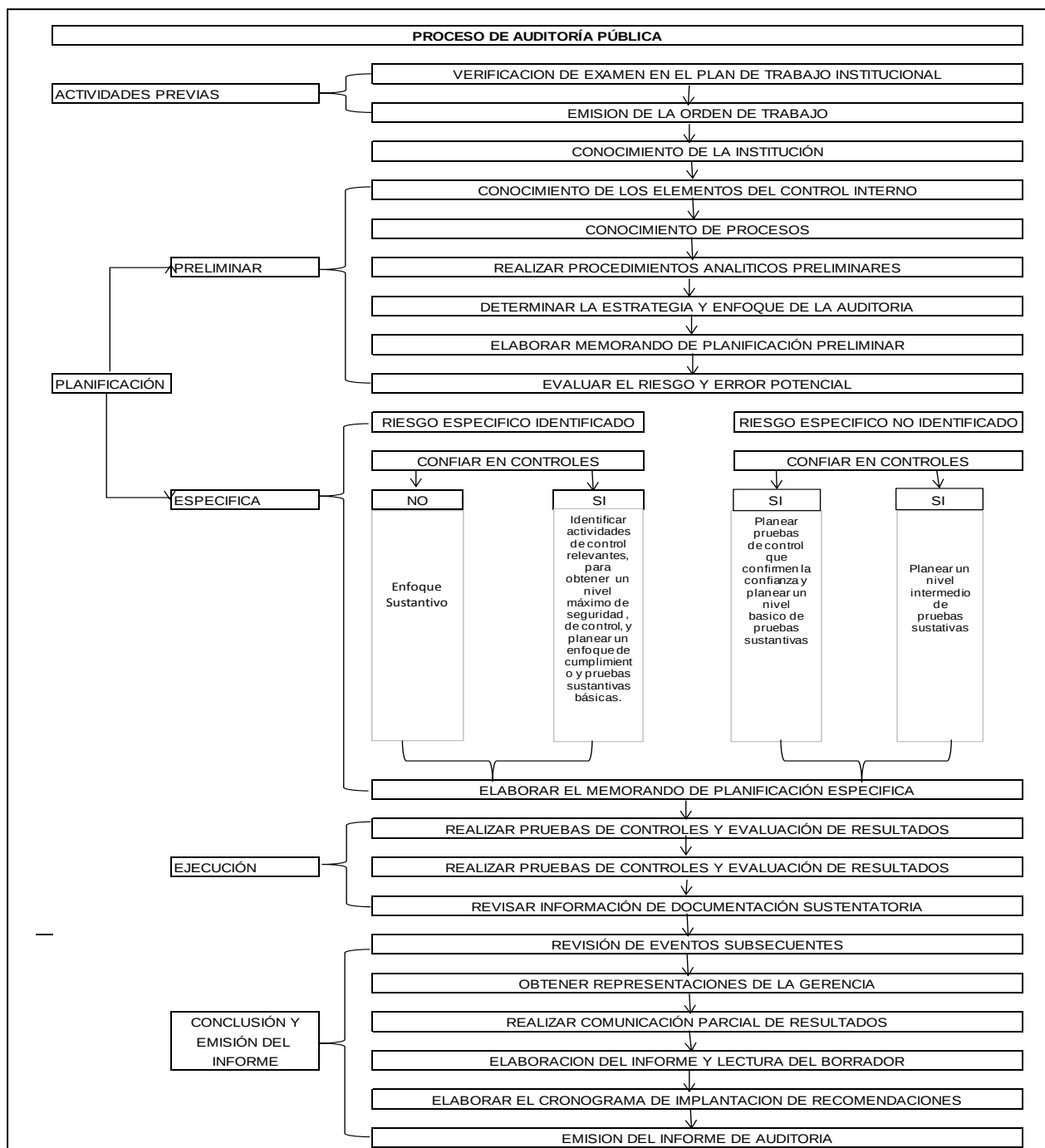
4. ¿La entidad presta un servicio de atención en salud, con calidad y de acuerdo con la normatividad, que rige el servicio de salud en Colombia?

Sí____ No____ (si contesta no, decir por qué)

¿Por qué? _____

Anexo B.

PROCESO DE LA AUDITORÍA GUBERNAMENTAL



Fuente: Manual de Auditoría Gubernamental. Procesos. En: <http://ai.espe.edu.ec/manual-de-auditoria-gubernamental/>