

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Gabriela Bovio

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA LEAN EN EL SERVICIO DE FARMACIA DE UN SANATORIO

2016

Citar como: Bovio, G. (2016). Análisis de las causas de débitos médicos y administrativos con impacto económico financiero de una clínica de alta complejidad del Gran Buenos Aires para el año 2016: propuesta de mejoras. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las principales causas de los débitos médicos y administrativos en la Clínica Monte Grande, para lograr reducir el porcentaje de débitos.

Se justifica en el impacto que esto produce en la situación económica financiera de las Clínicas, generando las acciones correctivas que puedan ser de utilidad para otras entidades similares que atraviesan por los mismos problemas de gestión de la facturación y cobranza.

Dicho trabajo se basara en información estadística llevada a cabo por el área de auditoría médica de la institución en los periodos 2014/2015.

El presente trabajo se resume en la necesidad de la institución de mejorar el indicador porcentual de débitos médicos con respecto a la facturación mensual y así lograr una mejor asignación de los recursos.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El motivo de este trabajo es evaluar las principales causas de débitos médicos y administrativos en base a la información detectada y clasificada, suministrada por el área de auditoría médica de la institución.

Con dicha información se podrá identificar las principales causas de débitos más frecuentes y las posibles causas sean médicos, administrativos, por errores en la confección de historia clínica, historia clínica incompleta, falta de documentación, y otras causas.

En base a esta información se podrá detectar los principales motivos de débitos que tiene la institución y clasificarlos.

Detectándolos se planteará como mejorar y organizar las áreas donde se producen o nacen las causales que luego se genera en futuros débitos.

Con las causales administrativas se tratará de organizar el área de admisión y secretarías de piso.

Con las causales medicas, se generaran reuniones de trabajo con los profesionales de las distintas áreas e hizo hincapié en la correcta confección de la historia clínica.

Se justifica este análisis en la necesidad no solo de disminuir el porcentual del indicador sino también en la necesidad económica de contar con los ingresos esperado según presupuesto de ingresos para la correcta asignación de recursos.

Al momento de análisis (2015) el promedio de débitos de la institución estaba en un 5% sobre el total de la facturación en promedio en pesos \$ 1.045.000 por mes equivalente al 25 % del pago de los sueldos al personal, disminuir dicho porcentaje generaría un impacto favorable en las finanzas de la empresa.

Otro aspecto a tener en cuenta al disminuir los débitos, es la mejora sustancial que se observaría en los días de cobro, y no diferir el cobro en los casos que algunos de esos débitos se re facturaran.

También es importante mencionar la ingeniería administrativa (recuperar información, búsqueda de historia clínica, horas empleada administrativa, gastos en papel, etc.) que se evitaría si dichos débitos disminuyeran.

OBJETIVOS

GENERALES

Analizar las causas de débitos médicos y administrativos con impacto económico financiero de una clínica de alta complejidad del gran Buenos Aires ocurridas durante el período 2015 - 2016. Proponer mejoras

ESPECIFICOS

- detectar las causas de débitos prestacionales y administrativos
- Proponer para cada causas su acción correctiva

MARCO TEORICO

De acuerdo al problema planteado, que es determinar las causas de los débitos en una institución de salud, podemos mencionar acciones para evitar que dichos debito ocurran.

La acción más importante que evita sustancialmente la cantidad de débitos en una organización es que haya en las empresas de salud auditoria médica de terreno, según la Dra Cartuccia Laura en su publicación: "Auditoria medica en terreno", "...la auditoria médica en terreno es el control anticipado por medio de la autorización previa y reglada por normas.

Se realiza verificando especialmente la situación del paciente en internación durante la asistencia médica," La tarea de la auditoria es a través del análisis de datos extraer conclusiones, formula recomendaciones y propuestas."

El problema que existe con el tema de las auditorias en terreno en las clínicas o sanatorios es que son casi nulas, las obras sociales o prepagas no mandan sus médicos auditores para auditar todas las historias clínicas a facturar por sus pacientes internados.

Si es real que de existir las auditorias en terreno en todas las historias clínicas a facturar se evitarían las demoras en las autorizaciones ya que el auditor dejaría plasmado en la historia clinica la autorización para facturar la cantidad de días que genero la internación, se facturaría los módulos según normas operativas y de contratación, se verificaría los datos de paciente, el diagnostico de ingreso, la fecha de ingreso y alta, se podría verificar y corroborarla la solicitud y realización de estudios complementarios, se solucionaría en tiempo real los problemas en el sanatorio, la evolución del paciente, la estadía aproximada por patología, asegurar al paciente calidad, eficacia y oportunidad en el servicio médico, y demás observaciones.

Para ser eficaz la auditoria, esta debe ser diaria para poder:

CONTROLAR diariamente todos los pacientes internados.

EFFECTUAR el seguimiento diario de los registros médicos

INTERCONSULTAR con Auditores de la Obra Social, especializados en caso de dudas o disparidad de criterios de los prestadores o auditores de la Entidad

AUTORIZAR en Sanatorio prácticas diagnósticas y terapéuticas de Alta Complejidad, cirugías eventuales que no se hubieren planteado al ingreso y prórrogas. Las prestaciones de urgencias, se brindan sin autorización previa.

Lamentablemente esto no ocurre con frecuencia por eso mucho de los débitos originados podrían haberse evitado, pese a ello, ya originado el debito el auditor médico del sanatorio analiza dicho debito, y es re facturado a la obra social o prepaga en los tiempos estipulados, 30 días posteriores al pago de la factura o de recibido el debito, adjunta la documentación faltante o toda otra documentación de respaldo que justifique la re facturación del debito.

Si persiste el debito o previo a su re facturación se puede pedir a la obra social o prepago una auditoria compartida, para analizar los débitos re facturable y los no re facturable, dando la posibilidad de incorporar la documentación faltante o corregir observaciones.

Según el Dr. Jorge Petroni en su seminario "Auditoria de Calidad y comunicación de Resultados en el sector Salud", la auditoria medica es en rasgos generales, el control de la calidad de la atención medica. La auditoria tiene que ser una comprobación objetiva, transparente, confiable, precisa y entendible para quienes hagan uso de ella y corresponde finalizar recomendaciones que sean importantes y oportunas para el decisor. Un auditor debe ser profesional con experiencia en el contenido, en la metodología o como usuario que examina críticamente las revisiones en su área de experiencia.

La meta no es sancionar sino impulsar la corrección de falencias, detectando las fallas y buscando las propuestas de solución, permanentemente hay que manifestar y demostrar que la auditoria es para el mejoramiento continuo. Asesorando a los responsables de las unidades de Gestión acerca de la importancia de la Auditoria Medica, destacando la importancia del registro de la información prestacional.

Existen principios que orientan la auditoria para el mejoramiento de la calidad (**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad**, Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Bogotá 2007)

Los principios rectores en los que se fundamenta la auditoría para el Mejoramiento de La Calidad de la Atención en Salud es:

Promoción del Autocontrol: La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, 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 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.

Para que el modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado, se deben promover en la organización las acciones que permitan establecer Los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura del mejoramiento continuo y la del autocontrol.

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidos en las organizaciones que promuevan el logro del mejoramiento de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de las fallas en forma posterior a su detección e intervención.

En relación a lo anterior, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de acuerdo con la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan.

El primer grupo son las **ACCIONES PREVENTIVAS**, entendidas como el “conjunto De procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma”.

Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa. Tales criterios deben tomar además en consideración la evaluación de los resultados observados de la calidad para adoptar acciones encaminadas a prevenir la recurrencia de los problemas de calidad identificados.

Son ejemplos de acciones preventivas: el ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud, la adopción de estándares de calidad por parte de las organizaciones de salud y la concertación precontractual entre las EPS e IPS sobre los parámetros que guiarán la ejecución de la auditoría externa.

El segundo grupo son las **ACCIONES DE SEGUIMIENTO**, las cuales se refieren al “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud para garantizar su calidad”¹⁴. Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día es una responsabilidad del nivel de autocontrol, son acciones de control principalmente de primer orden. El papel del nivel de la auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir, de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera, se evitarán los riesgos y los costos derivados de una auditoría que interfiere con los procesos evaluados. En este sentido, debe recordarse que el enfoque de auditoría es el de mejoramiento continuo, y no el de inspección de calidad; por lo tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes.

Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la auditoría interna; en el campo de la auditoría externa se refieren al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Son ejemplos de acciones de seguimiento: las evaluaciones que realizan los miembros de una organización sobre los resultados de su propio trabajo, los estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención, las revisiones de utilización, las

encuestas de satisfacción realizadas internamente por la organización o externamente por la EPS sobre los usuarios atendidos por la IPS, las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y la continuidad de los procesos de atención con base en el análisis de historias clínicas y las evaluaciones realizadas por los comités institucionales, entre otras.

Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar, corregir oportunamente y prevenir su recurrencia.

Esta es la razón por la cual el modelo de auditoría contempla la realización de las llamadas **ACCIONES COYUNTURALES**, definidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia”.

Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural Aquellas definidas por la aparición de eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas, como por ejemplo, un aumento en la demanda de prestación de servicios de salud no esperada, un aumento en la frecuencia de casos de alto costo, la reducción repentina de la oferta de servicios, etc., son resultados no esperados y que requieren la atención e intervención inmediata de la institución.

Las acciones son un continuo en el tiempo; así, las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales o preventivas, y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal que el ciclo de mejoramiento se cierre.

METODOLOGIA

- Tipo de investigación realizada:

Es un estudio retrospectivo, cuantitativo en el que se incluye información relevada por el periodo 2015.

- Unidad de análisis:

Se analizo la información suministrada por área de auditoría médica de Clinica Privada Monte Grande.

- Recolección de datos:

Los datos del periodo antes mencionado se extrajeron de la base de datos del área de, facturación, el área contable y auditoría médica para lo cual se realizo una encuesta al auditor medico.

La misma fue una entrevista abierta o no estructurada.

El instrumento utilizado fue un cuestionario, usándose como herramienta una libreta para las anotaciones.

Se fijaron los objetivos a lograr en dicha entrevista como ser que información requeríamos y para que nos serviría dicha información.

Se resume la entrevista, en estas preguntas y respuestas más significativas para el análisis en cuestión:

- Me podría decir cuál es su función como auditor medico dentro del sanatorio?

....parte de mi función como auditor es analizar los débitos que envían las obras sociales y prepagos, una vez pagas las facturas o previo a ello, en base a la documentación obrante en nuestro poder se analiza las causas del debito, se realizan las correcciones para que no vuelva a suceder, y es re facturado si del análisis surge que no corresponde dicho debito.

- cuál cree que es el tipo de causal de debito más importante la administrativa o la medica?

.....estadísticamente la causal de debito frecuente es la administrativa.

- Podría enumerarnos las causales de débitos frecuentes que tiene su Sanatorio?

.....las principales causas de débitos administrativos son:

1. la facturación de una historia clínica sin la autorización por parte de la prepaga u obra social
2. también la falta de autorización de presupuestos de prácticas y prestaciones realizadas,
3. falta de autorización de prorrogas de días de internación,
4. falta de autorización de medicación excluida etc.

Y las causales médicas son:

1. letra ilegible de los médicos,
2. demora en la realización del pedido de estudios o solicitud de interconsulta,
3. falta consentimiento informado,
4. falta epicrisis,
5. falta de demostración escrita de la necesidad en internación por el estado que presenta el paciente.

ANALISIS DE RESULTADOS

En el trabajo de análisis, para detectar las causales de débitos más frecuentes se formulo un plan de acción, el mismo consistió en un armado de grilla, en ella se volcaron todos los débitos ingresados por todo concepto por un periodo de 3 meses.

Al concluir ese periodo de recopilación de datos, se seleccionaron y clasificaron los débitos más frecuentes.

De esta selección se crearon indicadores para su monitoreo y seguimiento, se evaluaron los resultados aplicándose las acciones correctivas para lograr el objetivo planteado.

A continuación se detallan los débitos más frecuentes, según las áreas, y sus acciones correctivas mediante la instrumentación de determinados procedimientos a aplicar para lograr su corrección en el tiempo.

Área administrativa

Débitos frecuentes:

- retraso en la autorización de presupuestos de prácticas y prestaciones ya realizadas
- retraso de prorrogas de internación
- retraso en autorizaciones de medicación excluida

Para estas causales de debito el sector de auditoría ha notado que se producen débitos que van desde lo presupuestado hasta el total de la historia clínica cuando es enviada la facturación de la historia clínica sin la aprobación de la obra social o prepaga, tanto sea en un presupuesto de practica realizada y no autorizada como en la falta de autorización de prórroga de días de internación o medicación excluida.

Para ello se planteo que el sector de admisión si dentro de las 72 hs de enviada las solicitudes de autorización no recibía respuesta, sea remitida la orden a Auditoria medica para que esta gestione su autorización y aprobación, y deje documentada dicha gestión para adjuntarla a la facturación de la historia

clínica y sea documentación utilizable para la re facturación futura en caso de mantenerse la falta de respuesta y eventual debito.

Igual tratamiento llevarán para casos de prorrogas de internación y/o autorizaciones de medicación excluida.

Área médica

Débitos frecuentes:

- la ilegibilidad en la letra de los profesionales
- falta epicrisis
- falta consentimiento informado
- falta de escritura en la hc de la necesidad de permanencia diaria en internación del paciente según patología.

Para lograr estas correcciones se inició un trabajo en equipo con los profesionales de planta, de reuniones semanales al principio y luego mensuales para evaluar el seguimiento de estas correcciones, juntamente con el departamento médico legal y el comité de Gestión de historia clínica.

Entre otras tareas se definió un compromiso marcado de los profesionales, asignar responsabilidades en los procesos de correcciones, identificar las oportunidades de mejora, definir criterios de buena práctica, proponer acciones de mejoras, aplicar las soluciones y evaluar los resultados.

No olvidando de fomentar la relación médico paciente, inculcar los riesgos del ejercicio de la profesión, grabar la importancia de la buena praxis, aleccionar sobre las ventajas de asegurar documentación adecuada, persuadir que su riesgo personal arrastra el de la institución.

Se debe participar al médico en las consideraciones económicas a partir de sus decisiones clínicas y comprender el impacto económico de sus acciones.

También se incorporó la figura del "internador", es un empleado administrativo que tiene como función principal el seguimiento de la historia clínica del paciente mientras está internado.

Entre otras tareas es el encargado de que la historia clínica este completa y hacer que los médicos vuelquen en ella toda la información necesaria para su facturación y evitar con esto futuros débitos.

CONCLUSIONES

Con todo lo expuesto, y encontrándome con la carencia de información bibliográfica en lo que respecta al tratamiento de débitos prestacionales, se trabajo con información y experiencia propia del sanatorio.

Fue de gran ayuda para el presente trabajo contar con la información suministrada por el departamento de auditoría médica, secretarías de piso y médicos de planta.

Con dicha información se armaron los procedimientos que ayudaron a lograr una ordenanza en las distintas áreas vinculadas con el origen de la falla administrativa o médica que luego concluiría en un débito prestacional.

El sector de Auditoría Médica para continuar trabajando con la mejora de estos problemas y todo otra causal que surja para cumplir con el objetivo planteado de disminuir el índice de débitos con respecto a la facturación del 2015, ver Anexo II -INDICADOR DEBITOS SOBRE TOTAL DE LA FACTURACION, armo los objetivos estratégicos para el 2016 y sus acciones correctivas para llevarlas a cabo, ver Anexo I- PLANILLA DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS 2016 - AREA AUDITORIA- DISMINUCION % DEBITO.

Analizado el primer semestre del 2016, podemos visualizar que hubo una disminución de 1% en el acumulado del semestre, comparándolo con el acumulado del 2015 que era un 5% (ver Anexo III- INDICADOR DEBITO SOBRE TOTAL DE LA FACTURACION - AÑO 2015).

Podemos concluir que según los datos aportados en el primer semestre del año en curso y habiéndose aplicado las acciones correctivas propuestas, se refleja una disminución (1%), esperando que esta se mantenga y se continúe trabajando en quipo para que dicho porcentaje siga disminuyendo.

ANEXO

	Objetivo N°	Descripción del Objetivo										Responsables			
	1	Débitos										Gabriela Boyo / Marquez			
	Objetivo N°	Descripción del Objetivo										Responsables			
ACCIONES			ENE. 2016	FEB. 2016	MAR. 2016	ABR. 2016	MAY. 2016	JUN. 2016	JUL. 2016	AGO. 2016	SEP. 2016	OCT. 2016	NOV. 2016	DIC. 2016	
Disminuir el % de débito															
Instrumentar recomendaciones del comité de GHC															
Análisis sistemático de la Auditoría interna y comunicación a los sectores															
Medición Sistemática de errores de HC (indicadores)															
Trabajo en equipo con admisión por autorizaciones de presupuestos sin respuesta															
prórrogas de internaciones, medicaciones excluidas, etc															
Informatización de la Historia Clínica															
Interacción con auditores de terreno															
Análisis de coberturas con mayor % de débito administrativo															
Trabajo en equipo con cuerpo médico para seguimiento de políticas médicas actuales															

ANEXO II

INDICADOR: PORCENTAJE DE DEBITOS SOBRE TOTAL DE LA FACTURACION

Año 2015

FECHA	TOTALFACTURACION	TOTAL	DEBITOS	% DEBITO	DEBITOS MEDICOS	%	DEBITOS ADM.	%
ene-15	17.191.102		897.050	5%	327.704	37%	569.346	63%
feb-15	17.203.970		1.061.557	6%	636.934	60%	424.623	40%
mar-14	19.445.287		1.023.251	5%	129.287	13%	893.964	87%
abr-15	20.950.162		670.548	3%	281.630	42%	388.918	58%
may-15	22.060.423		1.123.102	5%	348.161	31%	774.941	69%
jun-15	22.597.897		851.988	4%	221.516	26%	630.472	74%
jul-15	22.600.380		898.012	4%	135.229	15%	762.783	85%
aqo-15	23.790.045		1.268.459	5%	154.499	12%	1.113.960	88%
sep-15	25.853.155		1.002.248	4%	147.236	15%	855.012	85%
oct-15	26.828.159		1.014.998	4%	84.040	8%	930.958	92%
nov-15	27.215.856		1.465.227	5%	266.075	18%	1.199.152	82%
dic-15	24.736.322		1.270.551	5%	280.102	22%	990.449	78%
PROMEDIO	22.539.397	1.045.582	58	5%	251.034	25%	794.548	75%

ANEXO III

INDICADOR: PORCENTAJE DE DEBITOS SOBRE TOTAL DE LA FACTURACION

Año 2016

FECHA	TOTALFACTURACION	TOTAL	DEBITOS	% DEBITO	DEBITOS MEDICOS	%	DEBITOS ADM.	%
ene-16	25.078.076		1.247.896	5%	122.799	90%	1.125.097	5%
feb-16	25.540.945		1.145.495	5%	153.013	87%	992.482	5%
mar-16	29.511.801		1.129.792	4%	195.302	83%	934.490	4%
abr-16	31.542.652		1.267.258	4%	201.478	84%	1.065.780	4%
may-16	34.524.636		1.341.258	4%	195.304	85%	1.145.954	4%
jun-16	35.123.639		1.399.479	4%	225.001	84%	1.174.478	4%
PROMEDIO	30.220.292		1.255.196	4%	182.149	85%	1.073.047	4%

BIBLIOGRAFIA

- “Auditoria Posterior o Auditoria de Facturación”

<https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/10/02/auditoria-medica-en-facturacion-tutorial/>

Dra Laura Cartuccia

Medica cirujana

Medica oftalmóloga

Auditora profesional y médica

Especialista en gerenciamiento de la salud

E-Mail: lcartuccia@medicalaudit.com.ar

- “Auditoria medica en terreno”

<https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/10/02/auditoria-medica-en-terreno-tutorial/>

Dra Laura Cartuccia

- “Auditoria medica compartida”

<https://auditoriamedica.wordpress.com/2009/10/02/auditoria-medica-compartida/>

Dra Laura Cartuccia

- “Seminario : Auditoria de Calidad y Comunicación de Resultados en el Sector Salud”

Dr. Jorge Petroni,

26 de noviembre de 2010

Universidad Isalud, Maestría en Economía y Gestión de la Salud.

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad “Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”

Autores: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria.

Nombre editorial: Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., 2007.