



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

**La aplicación de la auditoría interna como garantía de calidad en  
instituciones públicas del sector salud**

**T e s i s**

Que para optar por el grado de:

**Maestra en Auditoría**

Presenta:

**Haydee Fabiola Juárez Escobar**

Tutor:

**M. A. Oscar González Muñoz**

**Ciudad de México, noviembre de 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.*

*A mis hermanos a quienes jamás encontrare la forma de agradecer el cariño, comprensión y apoyo brindados en las derrotas y logros obtenidos haciendo de este, un triunfo nuestro, por la forma en que lo hemos compartido y solo espero que comprendan que mis ideales, esfuerzos y logros han sido también suyos e inspirados en ustedes.*

*Agradezco a mi asesor de tesis M. A. Oscar González Muñoz quien, con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en la investigación, así por sus consejos, enseñanzas, apoyo y sobre todo amistad brindada.*

*A cada uno de mis amigos que nos hemos apoyamos mutuamente en nuestra formación personal y profesional.*

*Finalmente, a los profesores, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.*

*Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.*

*Con agradecimiento y respeto.*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	6
<b>METODOLOGÍA</b> .....	8
1. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN .....	8
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN.....	11
4. HIPÓTESIS .....	11
<b>RESUMEN CAPITULAR</b> .....	12
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	14
CAPÍTULO PRIMERO. - CALIDAD .....	14
1.1 Antecedentes históricos .....	14
1.2 Concepto de Calidad.....	22
1.3 Modelos de calidad .....	24
1.4 Calidad en el servicio .....	30
1.5 Normas de calidad .....	32
CAPÍTULO SEGUNDO. – GENERALIDADES DE AUDITORÍA.....	36
2.1 Antecedentes históricos .....	36
2.2 Definición de auditoría.....	40
2.3 Auditoría Interna.....	42
2.4 Normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna..	47
2.5 Metodología genérica para la Auditoría interna.....	50
CAPÍTULO TERCERO. - INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD.....	54
3.1 Antecedentes del Sistema Nacional de Salud en México .....	54
3.2 Clasificación .....	58
3.3 Sector salud .....	64
3.4 Certificación en las unidades médicas .....	68

CAPÍTULO CUARTO. – ENTIDADES FISCALIZADORAS Y SUS ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL (OIC).....	73
4.1 Entidades fiscalizadoras.....	73
4.2 Órgano interno de control.....	76
4.3 Guía General de Auditoría Pública.....	79
CAPÍTULO QUINTO. - ISO 19011:2011 .....	85
5.1 Programa de Auditoría .....	85
5.2 Realización de la auditoría .....	89
5.3 Competencia y evaluación de auditores.....	91
CAPÍTULO SEXTO. - DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN .....	94
6.1 Tipo de estudio.....	94
6.2 Selección de la muestra .....	95
<b>ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>99</b>
I. Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” .....	108
II. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI .....	112
III. Comparativo .....	116
IV. Síntesis del análisis de resultado.....	123
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>128</b>
<b>PROPUESTAS DE MEJORA.....</b>	<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>135</b>
Anexo 1. CUESTIONARIO APLICADO AL RESPONSABLE DEL OIC. ....	144
Anexo 2. CUESTIONARIO APLICADO AL RESPONSABLE DE ÁREA. ....	149
Anexo 3. CUESTIONARIO APLICADO LOS PACIENTES Y/O USUARIOS.....	151

# INTRODUCCIÓN

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad.

En contraparte, la ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas.

Esta investigación plantea como base a las mejores prácticas de auditoría que garantizan la calidad en el servicio prestado por las instituciones públicas del sector salud y para ello se realizará una investigación en cada una de sus distintas etapas que aporta un elemento básico para el estudio, sin embargo, el punto crucial es el Planteamiento del Problema pues de él depende la formulación de los objetivos, la hipótesis, la justificación del trabajo, el marco teórico y el método de investigación, prácticamente toda la investigación.

Crearemos un instrumento de medición para corroborar nuestra hipótesis, con soporte en las instituciones que nos brindaron el apoyo para comprobar las teorías y modelos planteados.

En consideración con los resultados obtenidos en las conclusiones y con el análisis de resultados nos permitieron dar una serie de propuestas de mejoras para el proceso de auditoría que mejorarían la satisfacción en de los pacientes por el servicio brindado por las instituciones.

## JUSTIFICACIÓN

*La aplicación de la auditoría interna como garantía de calidad.* Se persigue hacer una investigación de tesis, para determinar cómo la auditoría interna a manera de función independiente y a través de una evaluación, donde se pretende examinar y evaluar algunas entidades con el fin de determinar si la auditoría interna contribuye a garantizar la calidad en el servicio proporcionado, por lo que el título para esta investigación es:

*La aplicación de la auditoría interna como garantía de calidad en instituciones públicas del sector salud.* Una vez establecida la forma en que se ejecuta la auditoría interna, se delimitará a las instituciones públicas del sector salud con mayor afluencia y de alta especialidad en la Ciudad de México, considerando como temas primordiales:

- Auditoría interna
- Calidad y Servicio
- Instituciones públicas del sector salud

Juan Ramón Santillán González no define a la auditoría interna como tal, pero si señala claramente el objetivo de la auditoría: *“Consiste en apoyar a los miembros de la organización en el desempeño efectivo de sus actividades. Para ello la auditoría interna les proporciona análisis, evaluaciones, recomendaciones, asesoría e información concerniente con las actividades revisadas”*.<sup>1</sup> Considerando de inicio este objetivo se analizará si la auditoría interna que realizan las instituciones logra el objetivo establecido.

La calidad de la atención al paciente consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos por lo que después se corroborará por medio de cuestionarios que la calidad que se incluye en la atención del paciente es una cualidad que beneficia la atención médica para la obtención de los objetivos en salud y la mejora de la calidad en el servicio prestado.

---

<sup>1</sup> Con base en Juan Ramón Santillán González, *Auditoría interna integral*, México, 2005, [s.p.] citado por Gabriel García Espino, *Auditoría interna, con enfoque al gobierno corporativo*, México, 2015, p. 18.

Las organizaciones o empresas tienden a descuidar el cuestionamiento sobre su deber ser. Esta investigación considera a las instituciones públicas sector salud por su particularidad de brindar servicios para resolver necesidades que la mayoría de las veces son vitales o urgentes, que a su vez deja como impulso poco espacio para la reflexión sobre qué se debe hacer y quizás el apego a las normas, políticas y/o procedimientos.

La visión de las instituciones públicas del sector salud está basada en calidad orientada a la atención al paciente. Pero es muy importante percibir que en las instituciones públicas sector salud además del usuario o pacientes hay clientes internos muy calificados que son los principales responsables por la calidad técnica y la calidez del servicio final brindado al usuario o paciente externo.

La implementación de la visión en una institución pública sector salud muchas veces se ve dificultada por la excesiva preocupación que dichas instituciones tienen por cubrir los gastos de personal y acceder a los insumos necesarios para el día a día, descuidando por completo el futuro y lo que pueden llegar a crecer si realizan un aporte común para definir un objetivo general a largo plazo.

Como ya se planteó anteriormente, se espera obtener una investigación basada en un análisis de la auditoría interna y sus buenas prácticas, para lograr que la toma de decisiones sea la más adecuada y permita llegar al objetivo de cada una de las instituciones, que es brindar una excelente atención al paciente, la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de garantizar a la población en general el cumplimiento del derecho a la protección de la salud que se establece en la NOM-016-SSA3-2012 que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento y las que se fija en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Es necesario mantengan vigentes que permitan contar con un marco de referencia que haga posible homogeneizar criterios y homologar diversas características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario y equipo de los establecimientos de atención a la salud de la población en general.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> En base al Diario Oficial, *Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*, México, 2013, p. 3

# METODOLOGÍA

## 1. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN

La auditoría del sector público es indispensable para la administración, ya que la gestión de recursos públicos es un asunto de confianza, la responsabilidad resultante de la administración de los recursos públicos de conformidad con los propósitos pronosticados se confía a una entidad o persona que actúa en representación del público. La auditoría del sector público aumenta la confianza de los usuarios, ya que proporciona información y evaluaciones independientes y objetivas.

Uno de los campos de mayor proyección para el auditor interno actual lo constituye la evaluación y/o aseguramiento de la calidad total dentro de la empresa. Esta disciplina que se encuentra en desarrollo y aplicación, con base en las Normas Internacionales de Calidad, en la actualidad son una importante vertiente de oportunidades para la función del auditor interno.<sup>3</sup>

El servicio prestado a los pacientes tiene como fin primordial garantizar la calidad de la atención en salud, permitiendo establecer y hacer seguimiento a las condiciones de calidad deseadas de la atención en salud con las observadas, buscando identificar los puntos de mayor vulnerabilidad, para proceder a su intervención.

A continuación, se da un breve preámbulo de las instituciones públicas del sector salud actual dentro de nuestro país, como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana, tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, la más grande en su género en América Latina. La misión del IMSS es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para los trabajadores y sus familias.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Con base en Mario Gómez Ayala, *La auditoría de calidad en la empresa moderna*, México, 1998, p. 61

<sup>4</sup> Con base en Instituto Mexicano del Seguro Social. Conoce al IMSS, México, 2016, <<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

El Seguro Popular de salud considerada como otra de las instituciones públicas más recurridas, se encarga de brindar servicios de salud a todas las personas que estén inscritas en el Sistema de Protección Social de la Salud, y tiene la capacidad de trabajar con distintos proveedores de servicios de salud tanto pública como privada en todos los estados de la República Mexicana. El Seguro Popular de salud en el DF (hoy la Ciudad de México) cumple con una amplia cobertura.

El principal objetivo del Seguro Popular de salud es proteger a toda la población que no cuente ya con un seguro social de gastos médicos, buscando de este modo que todos los integrantes de las familias afiliadas al seguro popular de salud tengan acceso a los servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.<sup>5</sup>

Por último, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), busca satisfacer el bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes. Otorgar seguros, prestaciones y servicios, con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.<sup>6</sup>

El número de usuarios de estas instituciones se forma según la siguiente tabla y gráfica (las cantidades se muestran en millones):

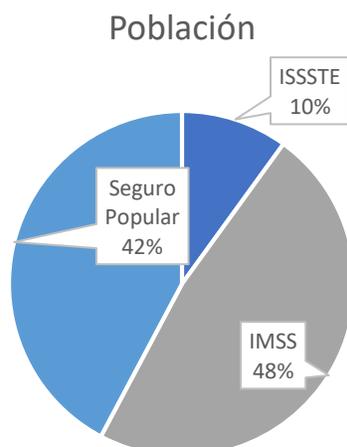
*Tabla 1, Derechohabiencia y uso de servicios de salud*

<b>Institución</b>	<b>Población</b>
<i>ISSSTE</i>	12,984
<i>IMSS</i>	62,161
<i>Seguro Popular de Salud</i>	54,924
<i>Total</i>	130,069

Fuente: Elaboración propia con base en el Cuarto Informe de Gobierno, *Anexo Estadístico*, México, 2015, obtenido de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>, (20 de agosto de 2017), [s.p.]

<sup>5</sup> Seguro Popular, *Salud Seguro Popular*, México, 2015, <<http://www.seguropopular.org/>>, (16 enero 2017), [s.p.]

<sup>6</sup> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *¿Qué hacemos? 2016*, México, 2016, <<http://www.gob.mx/issste/que-hacemos>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

Gráfica 1, *Derechohabiencia y uso de servicios de salud*

Fuente: Elaboración propia con base en el Cuarto Informe de Gobierno, *Anexo Estadístico*, México, 2015, obtenido de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msoc01&s=est&c=22594>, (20 de agosto de 2017), [s.p.]

El Plan Nacional de Desarrollo es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal; ha sido concebido como un canal de comunicación del Gobierno de la República, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible de la visión y estrategia de gobierno.<sup>7</sup>

Las instituciones públicas se encuentran ante la necesidad de dar respuesta y adaptarse a un entorno, dinámico e impredecible se avocan a trabajar cada vez más en la mejora de sus procesos para garantizar la satisfacción de sus usuarios, y remarcan la importancia de la evaluación del control a través del uso correcto de la auditoría interna que da pie a la mejora de calidad, que haciendo referencia al Plan Nacional de Desarrollo en donde se expresan los términos calidad, productividad y modernización.

La calidad que incluye la seguridad del paciente es una condición de la atención esencial para la adquisición de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro del sistema de atención en salud.

El tema de calidad en el sector salud es una prioridad que se lleva de manera mundial, se hará mención en este apartado ya que en el 53º Consejo Directivo en la 66ª Sesión

<sup>7</sup> Con base en Enrique Peña Nieto. *El Plan Nacional de Desarrollo. "Un México donde cada quien pueda escribir su propia historia de éxito y sea feliz"*. México, 2013, <<http://pnd.gob.mx/>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se reconoce que hay muchas maneras para la realización del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y que cada país deberá definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como sus prioridades y retos actuales y futuros en salud, las líneas estratégicas propuestas debieran ser usadas por los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina y otros socios, para guiar, según sea pertinente, el fortalecimiento de sus sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es necesario señalar que todos los elementos de las líneas de acción propuestas están sujetos al contexto nacional y tienen aplicabilidad a nivel nacional, según sea apropiado.<sup>8</sup>

## 2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo las instituciones públicas del sector salud aplican la auditoría interna de tal forma que garantice la calidad en sus servicios?

## 3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Analizar cómo las instituciones públicas del sector salud aplican la auditoría interna de tal forma que garanticen una calidad en sus servicios y determinar elementos de mejora que impulsen la calidad institucional en los servicios de salud que ofrecen.

## 4. HIPÓTESIS

Sí la auditoría interna cumple con los estándares y buenas prácticas de auditoría, entonces facilita la toma de decisiones que permiten contribuir a mejorar los sistemas y servicios de las instituciones del sector salud, que garantizan una calidad en sus servicios.

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, et al., *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, 8 de octubre de 2014, México, <<http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>>, (15 noviembre 2016), [s.p.]

## RESUMEN CAPITULAR

Capítulo Primero. – Calidad. Abarcará el surgimiento de las normas de calidad y en especial las que regulan al sector salud para después proseguir con los requerimientos mínimos para llegar a un estándar de calidad, y corroborar si se llevan a cabo en las instituciones seleccionadas y si éstas cumplen con los objetivos que van enfocados a la satisfacción del paciente, además de incluir las teorías correspondientes a la calidad.

Capítulo Segundo. – Generalidades de la auditoría. Se dará un breve antecedente de cómo surge la auditoría y las modificaciones más significativas a través de los últimos años, el propósito de ella, después hacer la delimitación de auditoría interna para identificar el procedimiento y planeación que debe cumplir y las normas que la guían; para corroborar la forma en que se aplica en las instituciones seleccionadas.

Capítulo Tercero. Instituciones públicas del sector salud.

- Instituciones públicas. Este capítulo contiene la delimitación de las instituciones, como se conforman y las normas y políticas bajo las cuales se rigen; esto con la finalidad de delimitar el tema a desarrollar.

- Sector salud. Una vez ya delimitada las instituciones se dará seguimiento al sector salud donde se considerará las instituciones con mayor impacto en la Ciudad de México para ver sus estructuras, misiones, visiones, normas que las regulan y rigen, etc. esto con la finalidad de conocer y crear un instrumento que mida la calidad emitida y que es garantía del seguimiento que se da por la Auditoría Interna.

Capítulo Cuarto. - Entidades fiscalizadoras y sus Órganos Internos de Control (OIC).

La desconfianza por parte de los ciudadanos hacia la Administración Pública se ha visto afectada en los últimos años. La falta de control y supervisión del dinero de las arcas públicas, así como de las licitaciones públicas ha derivado en graves casos de fraude y corrupción.

La auditoría gubernamental, la cual se centra precisamente en la supervisión de la gestión de la economía pública; que ésta se gestione de manera transparente, eficaz y responsable, mediante entidades fiscalizadoras y órganos internos de control.

Capítulo Quinto. - ISO 19011:2011. Se analizará esta norma como orientación sobre la auditoría, en la que se incluye los principios, así como gestionar el programa y la realización de auditorías, brindándonos una base para la metodología idónea.

Capítulo Sexto. - Desarrollo de la investigación. En este apartado se analizará la información recabada en el trabajo de campo y que lleva a aceptar o rechazar las hipótesis.

El análisis de resultados consistirá en explicar los resultados obtenidos y comparar estos con datos obtenidos, será una evaluación crítica de los resultados desde nuestra perspectiva. En el análisis de resultados se entrelazar los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes.

Propuestas de mejoras, se constituye con el objetivo del proceso de mejora continua y, por tanto, en una de las principales fases a desarrollar dentro de la misma institución; el plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de las instituciones, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido.

# MARCO TEÓRICO

## CAPÍTULO PRIMERO. - CALIDAD

### 1.1 Antecedentes históricos

La historia implica la idea del progreso; desde épocas remotas el hombre ha sentido la necesidad de dejar constancia de los hechos que servirán como explicación de su presente.<sup>9</sup> Por lo que este capítulo inicia con el contenido sobre el antecedente histórico del término y evolución de calidad.

El concepto de calidad en realidad no es nuevo, en las últimas décadas de la humanidad se le ha dado varias definiciones o se han ido afinando de acuerdo con la mejora en la práctica, como resultado de todos los eventos del pasado encausados a mejorar las herramientas y productos, a eliminar variaciones, la medición de éstas y a lograr que los productos y servicios sean adecuados para su uso.<sup>10</sup>

Cynthia Montaudon en su libro, señala que autores afirman que la calidad es un hecho relativamente nuevo, iniciando en el siglo XX. Otros más indican que se trata de un fenómeno que ha estado presente por siglos, hay quien sugiere que la calidad tiene miles y millones de años y que ha llevado una evolución paralela a la historia de la humanidad.

Por lo que partimos que la calidad no ha aparecido en un momento histórico preciso. Se trata de un elemento fundamental del comportamiento del hombre, más o menos desarrollado según las circunstancias y necesidades. La calidad es por tanto el resultado de la evolución natural del ser humano por obtener mejores condiciones de vida.

La calidad nace cuando el hombre busca satisfacer sus necesidades: los materiales, las de sobrevivir, de relacionarse, sus emociones, su necesidad de trascender. Esa búsqueda de la calidad del ser humano y lo que deriva de ésta.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Con base en Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 17

<sup>10</sup> Con base en lean Manufacturing 10 Copyright, TQM (Total Quality Management): Gestión de la calidad total, 2018, <https://leanmanufacturing10.com/calidad-total-tqm>, (17 de agosto de 2017), [s.p.]

<sup>11</sup> Con base en Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 18.

Conforme el hombre evolucionó, evolucionaron también sus actividades. La historia indica que varios miles de años antes de nuestra era, el hombre era capaz de realizar tareas que requerían de la técnica y la calidad inconsciente e individual tuvo que cambiar, no se sabe con exactitud el momento en que se terminó la calidad como proceso inconsciente, pero los hallazgos arqueológicos de las estructuras antiguas sugieren que el control de la calidad inició en la época en que se construyeron las pirámides de Egipto.

*“Desde las sociedades primitivas el desarrollo de la calidad ha experimentado diferentes momentos. De esta manera el hombre primitivo desarrollo sus propios productos para su uso, determinó las características de los alimentos para poderlos comer e hizo lo mismo con la calidad de los instrumentos de defensa y ataque para cazar o defenderse, algo esencial para su sobrevivencia. Así desarrollo instrumentos que respondían a sus necesidades: esta era su calidad”.*<sup>12</sup>

Al avanzar el hombre a través de la historia, las herramientas se fueron volviendo más sofisticadas. El experimentar con distintas formas de herramientas constituyen la forma más primitiva al cubrir las primeras necesidades para la caza conlleva a la sobrevivencia.

En este sentido, la calidad tuvo una etapa inicial que fue la selección. Ésta consistía en elegir los materiales de acuerdo con su dureza y abundancia y por suponerlo el más adecuado para su uso. La selección tenía un fin implícito; el hombre determinó la función del objeto deseado y trató de buscar una piedra.

Para mejorar la productividad en los procesos laborales en que intervenían las herramientas de trabajo, el hombre prehistórico las fue cambiando, reduciendo los ángulos de aguzamiento de sus partes laborales. Con las herramientas de piedra no podían realizarse grandes cambios y fue necesario incorporar nuevos materiales y fue posible disminuir recíprocamente sus partes débiles sin que se produjera ninguna alteración a dichos materiales; comenzaron los hombres prehistóricos a mejorar sus artefactos, al hacerlos más eficiente y cubrir sus necesidades de forma más concreta.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 3

<sup>13</sup> *Ibíd.*, Pp. 3-4

Cuando la producción se realizaba de modo artesanal la comunicación entre el producto y el cliente era directa, de manera que el producto se adoptaba y respondía exactamente a las necesidades de este; por lo tanto, la calidad era máxima. En el proceso del trueque, tanto el producto como la mercancía y el cliente estaban físicamente presentes para la negociación y eran evidentes las necesidades del cliente y a calidad del producto.<sup>14</sup>

Por medio de la fundición, la forja y el temple, la dureza de metal cambiaba de acuerdo con la voluntad del hombre, por lo cual la herramienta adquiría la calidad deseada. Con lo anterior se puede afirmar que las prácticas de calidad actuales, enfocadas a la reducción de desperdicios.<sup>15</sup>

Alfonso Fernández señala que los ingenieros intervinieron en el proceso de calidad diseñando y fabricando sistemas para la manufactura de artículos diversos, producidos bajo el sistema de prueba y error.<sup>16</sup>

Jerry Banks hace mención que cualquier actividad realizada por un individuo o por un grupo u organización, que pretende asegurar que un producto cumple con los estándares deseados o especificado puede considerarse como una actividad de control de calidad. La historia y la evolución del control de calidad están ligadas con los avances tecnológicos y sociales de la humanidad, ya que el hombre ha querido tener cosas mejores, fabricar objetos más duraderos y con características especiales.<sup>17</sup>

Con la aparición de los primeros gremios artesanales en la Edad Media, se observaron los primeros ejemplos de lo que actualmente denominamos calidad. Los artesanos, elaboraban en pequeños talleres una cantidad reducida de producto destinada a un mercado local o de tipo urbano, donde existía una estrecha relación con los consumidores, lo que les permitía elaborar un producto que se ajustaba todo lo posible a los requisitos exigidos por los mismos que les permitía elaborar un producto que se ajustaba todo lo posible a los requisitos exigidos por los mismos.

---

<sup>14</sup> Con base en Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 4

<sup>15</sup> Con base en Juan José Tarí Guilló, *Calidad total: fuente de ventaja competitiva*, España, 2000, p. 13

<sup>16</sup> Con base en Alfonso Fernández, *Conclusiones, segunda parte*, México, 2001, [s.p.] citado por Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 22

<sup>17</sup> Con base en Jerry Banks, *Principles of quality control*, Singapore, 1998, p. 4 citado por Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 23

A partir del siglo XVII se produce la separación entre la ciudad y el mundo rural, y el desarrollo del comercio internacional, proceso que fue provocando que los artesanos se concentrasen en las ciudades. Durante esta fase, anterior a la producción en masa, la calidad se basaba en la habilidad y reputación de los artesanos.<sup>18</sup>

Hacia la Revolución Industrial en 1776, Adam Smith ya reconocía la importancia de administrar la calidad, aunque la calidad se señalaba como la perfección el trabajo y la producción de bienes finos. Según Smith:

*“La división del trabajo, en cuanto pueda ser admisible, produce en todo oficio y arte un proporcional aprovechamiento de las facultades productivas de él”.*<sup>19</sup>

Desde la Edad Media y hasta 1800, el abastecimiento de servicios y la producción de bienes estaban limitados a individuos o a pequeños grupos de personas. Los trabajadores individuales controlaban la calidad de los productos. Una peculiaridad de esta era es que el individuo era al mismo tiempo el fabricante y el inspector. El resultado fue que los estándares de calidad eran establecidos por ellos mismo.

El establecimiento de las fábricas trajo consigo una nueva estructura organizacional la cual eliminaría o sacaría del negocio a los pequeños fabricantes por lo que se removieron aprendices y maestros de las posiciones centrales.

*“Con la producción industrial se diversificaron los procesos, se expidió la manufactura y se incrementó el consumo; se redujeron los costos de producción, pero también la calidad de los productos. Esta disminución de la calidad de los productos condicionó la búsqueda de procedimientos de fabricación que permitieran, al mismo tiempo, mejorar la calidad y abaratar su producción”.*<sup>20</sup>

Después de este avance se dio un cambio trascendental en la historia puesto que se hizo un gran aporte a la sociedad, y este aporte, cada vez es mayor debido a las necesidades de comunicación que experimentan los seres humanos durante el transcurso de su vida,

---

<sup>18</sup> Con base en, Juan José Tarí Guilló, *Calidad total: fuente de ventaja competitiva*, España, 2000, p. 14

<sup>19</sup> Con base en Jerry Banks, *Principles of quality control*, Singapore, 1998, p. 4 citado por Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 46

<sup>20</sup> Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 5

este aporte inicio en 1812 con la computación automática con Charles Babbage, quien concibió la idea de construir un dispositivo mecánico para calcular las tablas de funciones matemáticas por medio del cálculo diferencial finito, descubrimiento que renovarían la forma en que se generaba la información.

Con la Revolución Industrial, algunos artesanos continuaron igual, otros se transformaron en empresarios, mientras el resto se convirtió en operario de las nuevas fábricas, produciéndose una reestructuración interna en las fábricas como forma de adaptarse a los requerimientos de las nuevas tecnologías y mayores volúmenes de producción.

Durante esta etapa, los productos manufacturados elaborados tanto por los que seguían como artesanos como por los operarios de las fábricas, se ajustaban a los gustos de la época, de manera que el comprador diseñaba y especificaba los requisitos, definía la calidad del producto para que el artesano u operario con sus habilidades, lo fabricara. Existía una estrecha comunicación entre el fabricante del producto y el cliente, que permitía que el artículo fabricado cumpliera con los deseos del comprador.<sup>21</sup>

En el siglo XX, la ciencia y el cálculo penetra y renueva los procesos industriales, sin embargo, la gestión continuaba siendo empírica. A principios del siglo XX, la medida y el método científico penetran en la organización y la gestión por dos vías distintas, pero convergentes, que han marcado profundamente la historia:

- a) La organización científica del trabajo, fundada principalmente por el ingeniero F.W. Taylor, quien en 1911 publicó *The principles of scientific management (Los principios de la Administración Científica)* que llegó a convertirse en la guía de organización de las empresas industriales en el mundo.
- b) El modelo ideal de burocracia presentando en la misma época por el sociólogo alemán Max Weber cuyos principios de regulación detallada, de decisión despersonalizada y de personal reglamentando guiaron la organización de las administraciones, y en cierto sentido, de toda la sociedad.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Con base en, Juan José Tarí Guilló, *Calidad total: fuente de ventaja competitiva*, España, 2000, Pp. 14-15

<sup>22</sup> Con base en Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 57

Un checoslovaco, Tomás Bat'á (1885-1932) desarrolló, a principios del siglo XX, un modelo de administración y producción. Las ideas centrales de Bat'á se basaron en los siguientes principios: el cliente es el amo; el pensar para las personas, el trabajo para las máquinas; la mejor calidad al menor precio posible; lo mejor del mundo es bueno para nosotros; cada empleado, un capitalista.<sup>23</sup> Sus teorías y aplicaciones se fundamentaron en las primeras ideas de Ford, basándose en la autonomía del trabajador, justo a tiempo (se detallará más adelante), minimización del desperdicio, calidad e involucramiento del cliente; ideas de Ford abandonó cuando adoptó la fabricación masiva.

Para 1921 George Edwards separó la función de calidad de la fabricación. La hizo depender directamente de la dirección, asignándole una misión en específica en los diferentes departamentos de la empresa y especialmente en los de investigación y desarrollo, creando la noción de aseguramiento de la calidad.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la noción de la calidad se basaba en las características físicas del producto. De acuerdo con esta definición, la calidad reflejaba las diferencias en atributos medibles del producto. Esta noción se balanceaba con el enfoque basado en el producto o fabricante, en el cual éste medía la calidad del producto de acuerdo con su conformancia con una serie de especificaciones predeterminadas.<sup>24</sup>

En 1990, Juran señala que, para resolver sus problemas de calidad, los japoneses se pusieron a aprender como otros países gestionaban para la calidad.

Para 1950, la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses realizó un seminario, cuyo conferencista fue el doctor W. Edwards Deming de Estados Unidos, con el tema de control de calidad de estadístico para ingenieros y gerentes. En este mismo año, se puso de moda en las fábricas japonesas de control de calidad estadístico, aunque sin contar con la aprobación de los niveles operativos de las empresas.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Con base en Milan Zeleny, *Tomas Bat'á. Conversación vía internet*, Estados Unidos, 2001, [s.p.] citado por Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 61

<sup>24</sup> Con base en Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, Pp. 66-71

<sup>25</sup> Con base en Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, Pp. 6-7

*“Deming impulso el concepto de la importancia de las estadísticas como la base para la producción, el control de calidad y la gestión. La calidad podía mejorarse si se mejoraban los procesos”.*<sup>26</sup>

Hacia 1960, apareció la concepción *cero defectos de la calidad*, que resalta la importancia de los procesos para lograr la calidad de los productos. Hasta la década de los años sesenta el 100% del tiempo de trabajo de los expertos en calidad se dedicaba a la inspección en la recepción y al control de producto final.<sup>27</sup>

En 1963, se realizó una reunión en Japón el Primer Congreso Internacional de la Calidad, y Deming de quien hablaremos más adelante, se convirtió en Estados Unidos en uno de los catalizadores de las nociones de calidad al estilo japonés. Fue durante este tiempo que los japoneses mostraron al mundo que la esencia de la calidad era la capacitación.

A diferencia de Japón, en Estados Unidos, en ese momento el papel de alcanzar la calidad era desempeñado por especialistas en la calidad que funcionaban como un departamento de *staff*, quienes realizaban la planeación de la calidad, y por gerentes de calidad manejados por medio de departamentos centrales de control de calidad.

Las formas japonesas de la participación de todos los integrantes de las empresas en las cuestiones de calidad dieron origen a unos años posteriores al concepto de Círculos de Calidad. Subsecuentemente fueron apareciendo modificaciones que dieron lugar a lo que se conoce como el control de a calidad japonesa.<sup>28</sup>

A principios del siglo XX había poca información acerca del vínculo existente entre la calidad y la decisión de compra por parte del consumidor. Sin embargo, en los sesentas, se confirmó que los consumidores se preocupan por la calidad, y eso es lo que compran.

En los setentas, el control de calidad entró en una nueva fase; Ishikawa se refirió a ésta como control de calidad en toda la compañía, en la que se puso énfasis en el involucramiento de todo el personal, desde el presidente de la compañía hasta los

---

<sup>26</sup> Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 7

<sup>27</sup> Con base en Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 7

<sup>28</sup> Con base en Primitivo Reyes Aguilar y Nadima Simón Domínguez, *Los círculos de control de calidad en empresas de manufactura en México Contaduría y Administración*, México, 2001, p. 41

operadores de las máquinas, que da pie a que todos tengas responsabilidad en la cuestión de calidad de todos los procesos o servicios que proporcionen las empresas u organizaciones, dando un gran paso para incluir a la dirección.<sup>29</sup>

Fue en 1979, que Philip Crosby publicó su libro *La calidad no cuesta, un caso conciso de calidad*, que encontró en los norteamericanos una audiencia receptiva integrada por ejecutivo de negocio quienes comenzaban a percibir las amenazas de las crecientes competencia internacional, hablaremos más adelante sobre su teoría de los 14 pasos.<sup>30</sup>

En el año de 1980, se dio una revolución en la filosofía de la administración y de las tecnologías a través de las cuales se llevaba a cabo la producción. Uno de los mayores aciertos que cambiaron las formas de producción a escala mundial fue el *Just in Time* (justo a tiempo).

*“Fueron los japoneses quienes desarrollaron el concepto para lograr altos volúmenes de producción teniendo inventarios mínimos, que llegaban a las estaciones de trabajo justo al momento en que se necesitaban”.*<sup>31</sup>

A partir de 1990, comenzaron a surgir numerosas publicaciones en materia de calidad, en diversos países del mundo y empezó a volverse común el uso de paquetes estadísticos computarizados para el control de calidad.

Fue en los años noventa cuando el personal del departamento de calidad se redujo a muy pocas personas porque se pensaba que la calidad de los bienes y servicios fabricado era responsable de todos y se comenzó a tener una preocupación por lo verdaderamente importante: la calidad en las relaciones humanas.<sup>32</sup>

Hoy la administración de la calidad es como los cimientos de la competitividad en los negocios e integran proactivamente en todas las prácticas comerciales.

---

<sup>29</sup> Con base en Alejandra Muñoz, Cívile Vanc y B. Thoma Carr, *Sensory evaluation in quality control*, Estados Unidos, 1992, [s.p.] citado por Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 93

<sup>30</sup> Con base en Louis E. Schultz, *Profiles in quality. Learning from the masters*, Estados Unidos, 1994, p. 91 citado por Cynthia Montaudon Tomas, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, 2004, p. 100

<sup>31</sup> Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 8

<sup>32</sup> Con base en Francisco Álvarez Heredia, *Calidad y auditoría en salud*, Colombia, 2015, p. 8

*“En la actualidad, los clientes demandan productos de calidad, y dado que existe una gran oferta, podrán elegir aquellos productos que más les satisfagan. Los fabricantes, ante la escasez de su demanda particular, buscan diferenciar sus productos de los de la competencia”.*<sup>33</sup>

En un principio, los fabricantes no necesitaban diferenciarse, ya que los clientes compraban lo que les diesen. Posteriormente los fabricantes buscaron diferenciarse mediante el precio, ya que pensaban que el cliente compraría siempre el producto más barato. El cliente ahora puede elegir y que lo hace en función de la calidad del producto o para fines de esta investigación el servicio al paciente.<sup>34</sup>

### *1.2 Concepto de Calidad*

El diccionario ofrece numerosas acepciones para la palabra *calidad*, y una breve definición de calidad es “satisfacción y lealtad del cliente”, “adaptabilidad del uso” es un breve significado alternativo. La revelación del significado comienza con la definición de la palabra cliente. Un *cliente* es “cualquiera que se ve afectado por el servicio, el producto y el proceso”.<sup>35</sup>

De lo escrito sobre Deming<sup>36</sup> la calidad sólo puede interpretarse en función del sujeto. En la mente del operario, él fabrica calidad si puede estar orgulloso de su trabajo. Para el gerente de planta, la calidad significa sacar los números y cumplir las especificaciones. Su trabajo también consiste en mejorar continuamente los procesos y en mejorar continuamente el liderazgo.

*“Deming considera que la calidad se consigue mediante el **control estadístico de todos los procesos**, no solamente los relacionados con el producto. Para lograrlo es necesaria la **participación del personal** para que pueda aportar mejoras”.*<sup>37</sup>

<sup>33</sup> Jaime Nebrera Herrera, Introducción a la calidad, España, s/año, p. 6

<sup>34</sup> Con base en Jaime Nebrera Herrera, Introducción a la calidad, España, s/año, Pp. 6-7

<sup>35</sup> Con base en Frank M. Gryna, Richard C. H. Chua, Joseph A. Defeo, *Análisis y planeación de la calidad. Método Juran*, España, 2007, Pp. 12-13

<sup>36</sup> Con base en W. Edwards Deming, *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*, 1989, España, 391 pp.

<sup>37</sup> Cristina González Gaya, Rosario Domingo Navas y Miguel Ángel Sebastián Pérez, *Técnicas de mejora de la calidad*, España, 2013, p. 17

En lo que respecta a la publicidad, el objeto de los estudios de las preferencias de los consumidores consiste en ajustar el producto al público, y no, como en la publicidad, ajustar el público al producto. La dificultad para definir la calidad reside en la traducción de las necesidades futuras del usuario a características evaluables, de forma que el producto se pueda diseñar y fabricar proporcionando satisfacción por el precio que tenga que pagar el usuario.

Una característica del producto es una propiedad poseída por un producto y que pretende satisfacer ciertas necesidades de los clientes y proporcionar satisfacción al cliente.<sup>38</sup>

*“Lograr la calidad requiere de una amplia variedad de actividades identificables o de tareas de calidad”.*<sup>39</sup>

Según el modelo de la norma ISO 9000, la calidad es el *“grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”*, entendiéndose por requisito *“necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria”*.<sup>40</sup> De modo que la calidad admite diversos grados, lo que no aclara esta definición, es quién debe establecer este grado, podemos decir que quien lo crea es el cliente, quien debe conocerse su percepción respecto del grado de satisfacción con el producto proveído.

A partir de esta definición, la norma ISO 9001 propone un enfoque de la gestión de la calidad basada en un sistema conformado por múltiples elementos, interrelacionados entre sí y cuya gestión de manera definida, estructurada y documentada, debe permitir lograr un nivel de calidad que alcance la satisfacción del cliente, por lo que:

*“Calidad en las organizaciones es un concepto que ha ido siendo percibido de diversas maneras a lo largo del tiempo como consecuencia de enfoques y planteamientos de diferentes procedencias. Resulta sumamente expresivo al respecto el siguiente cuadro sinóptico extraído de un texto editado por el Instituto de Auditores Internos (La Auditoría Interna y las normas ISO 9000, A. Hierro, 1998)”.*<sup>41</sup>

---

<sup>38</sup> Con base en J. M. Juran, *Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para ejecutivos*, España, 1990. Pp. 13-25

<sup>39</sup> *Ibíd*em, p. 15

<sup>40</sup> Con base en Calidad Integral, ISO 9001, México, 2017, < [https://www.calidadintegral.com/iso\\_9000.php](https://www.calidadintegral.com/iso_9000.php) >, (18 de agosto de 2017), [s.p.]

<sup>41</sup> Rafael González Marín. *Dirección de Organizaciones y Auditoría Interna*, España, S/año. Pp. 95-96

Podemos resumir las principales defecciones de calidad con base en la siguiente tabla:

*Tabla 2, Puntos de vista de calidad*

<b>Punto de vista sobre la calidad</b>	<b>Autor</b>	<b>Palabras clave de la definición</b>
Técnico	Crosby	Cumplimiento de especificaciones
Del cliente o usuario	Juran	Adecuación al uso o función
Del proyectista o fabricante	Ishikawa	Satisfacción del cliente
Estadístico	Deming	Fiabilidad del producto o servicio
Económico	Drucker	Rendimiento obtenido por el cliente
Social	Taguchi	Mínimo coste o pérdida para la sociedad
Académico	American Society for Quality	Aptitud para satisfacer necesidades del cliente
Atención Sanitaria	Avedis Donabedian	Atención que maximiza el bienestar del paciente

Fuente: Elaboración propia con base en Rafael González Marín, *Dirección de Organizaciones y Auditoría Interna*, España, S/año. Pp. 95-96

### 1.3 Modelos de calidad

Aquí, las teorías juegan un rol fundamental, porque se trata de conocimientos que se desprenden de un estudio o investigación realizada de manera sistemática, que permite otorgarle una validación científica, aun cuando tiempo después, nuevos estudios o investigaciones, logren refutar dichas teorías, presentando nuevos resultados que permitan dicha refutación.

Por ello las teorías funcionan dentro de la ciencia como “modelos” para poder observar, reflexionar y analizar la realidad, como se mencionó anteriormente algunos autores que fueron piezas fundamentales para la creación de la calidad señalaremos algunos modelos de la calidad.

Deming defiende, que la mejor forma de solucionar los problemas es mediante la mejora continua. Los saltos importantes en la mejora de un proceso son escasos e insuficientes, por lo que se deben mejorar día a día, cada vez un poco más. Esto no quiere decir que las mejoras radicales no sean bienvenidas, pero no son la única solución.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Con base en Jaime Nebrera Herrera, *Introducción a la calidad*, España, s/año, p. 18

Deming que describe 14 puntos que sirven en cualquier parte, estos 14 puntos, son considerados por muchos autores como la Biblia de la gestión de la calidad, ya que en ellos se basan casi todas las teorías posteriores, tanto en las pequeñas organizaciones como en las más grandes para la obtención de la calidad total a pesar de los años que han transcurrido desde entonces, siguen totalmente vigentes, estos son:

1. Constancia en el objetivo de mejora. Supone que el propósito de la mejora de la calidad debe ser continuo, es decir, una meta estable y permanente, dentro de los objetivos a largo plazo de la organización.
2. Adopción general de la nueva filosofía. Implementar una nueva filosofía en la empresa representa un cambio que supone la implicación de todos los sujetos involucrados.
3. Abandono de la dependencia de la inspección en masa. Se debe eliminar la inspección en masa, focalizando e integrando el concepto de calidad en todo el proceso de producción.
4. No basar el negocio en el precio. Implica eliminar la práctica de comprar basándose exclusivamente en el precio. En su lugar, se deben concentrar los esfuerzos en minimizar los costos totales, creando relaciones sólidas y duraderas con un solo proveedor para cada materia prima, basándose en la fidelidad y la confianza.
5. Mejora continua del sistema de producción y servicio. No es suficiente con resolver los problemas que vayan surgiendo. Supone un proceso constante de mejora de los procesos, servicios, planificación, gestión y dirección.
6. Formación en esta materia. Implica una constante capacitación e instrucción de los trabajadores, fijando estándares de calidad para todos los desempeños.
7. Adoptar e implantar el liderazgo de los directivos. Supone adoptar e instituir el liderazgo para la dirección de personas, reconociendo sus diferencias, habilidades, capacidades, aspiraciones, destrezas, etc. El propósito del liderazgo es ayudar al equipo a mejorar su trabajo.
8. Erradicar el miedo a actuar. Generando un clima de confianza, de manera que no exista temor a opinar o preguntar, permitiendo trabajar de forma más eficaz.

9. Romper las barreras entre departamentos. Eliminando la competición y construyendo un sistema de cooperación basado en el mutuo beneficio que abarque toda la organización.
10. Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas de calidad. Sólo crean relaciones adversas y de rivalidad que redundan en el detrimento de la competitividad y calidad.
11. Eliminar las cuotas de trabajo que fijen metas u objetivos numéricos. Así como la gestión por objetivos, tanto para el personal operativo como para los niveles de mando. Las cuotas sólo tienen en consideración los números, no los procesos, los métodos o la calidad; constituyendo una garantía de baja calidad y altos costes. Las cuotas deben ser sustituidas por liderazgo, eliminando el concepto de gerencia por objetivos.
12. Eliminar las causas que impiden al personal sentirse orgullosos de su trabajo. En una empresa en que se haya desarrollado una cultura correcta, el personal se sentirá orgulloso por el trabajo realizado. Por ello, es importante eliminar factores que impidan a las personas sentirse orgullosas del trabajo que realizan. Es necesario eliminar los sistemas de comparación o de méritos, ya que sólo traen consigo nerviosismo y conflictos internos.
13. Estimular la capacitación y la auto mejora. A través de la instauración de programas con estos objetivos.
14. Transformación. Supone la implicación de todos los miembros de la compañía, trabajando conjuntamente para conseguir el cambio.<sup>43</sup>

*“Se puede decir que los 14 puntos de Deming recogen todos los principios en los que se basan sus ideas sobre gestión de la calidad”.*<sup>44</sup>

De acuerdo con Juran, la gestión para la calidad se hace por medio del uso de los tres mismos procesos de gestión de planificación, control y mejora.<sup>45</sup>

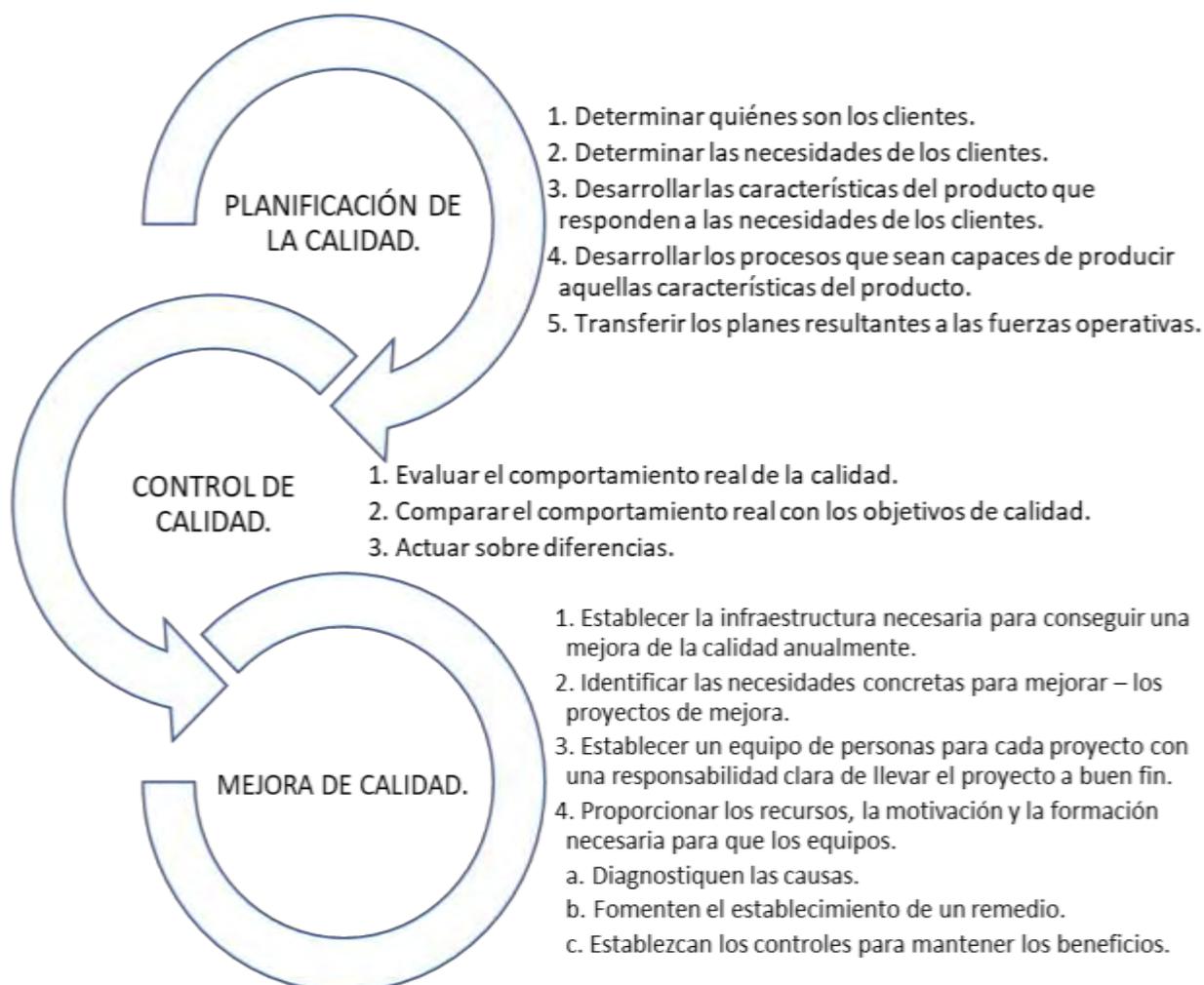
---

<sup>43</sup> Con base en W. Edwards Deming, *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*, 1989, España, 391 pp.

<sup>44</sup> Jaime Nebrera Herrera, *Introducción a la calidad*, España, s/año, p. 21

<sup>45</sup> Con base en J. M. Juran, *Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para ejecutivos*, España, 1990. Pp. 19-20

Figura 1, Adecuación al uso o función



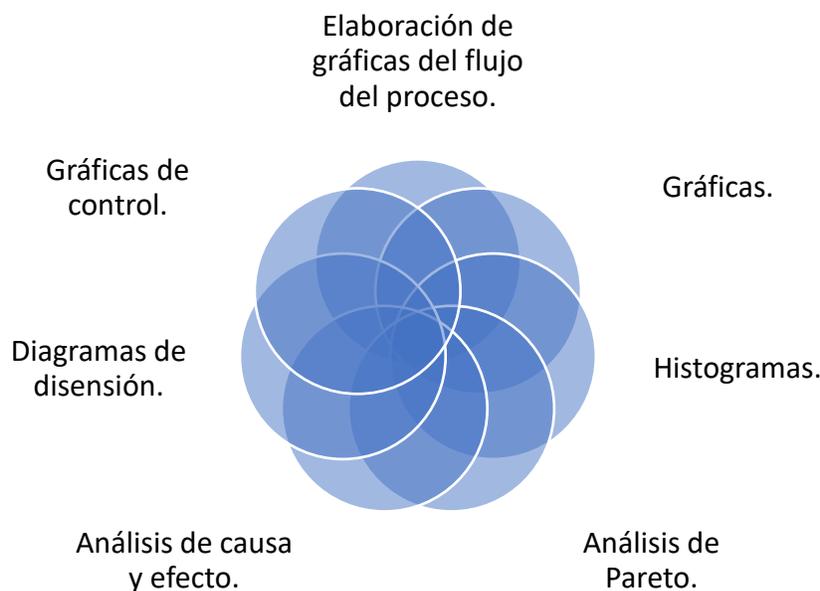
Fuente: Elaboración propia con base en J. M. Juran, *Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para ejecutivos.* España, 1990. Pp. 27-167

Como lo menciona Kaoru Ishikawa, uno de los padres del Total Quality Control (Control Total de Calidad) marca los siguientes elementos:

- La calidad viene primero, no beneficios a corto plazo
- El cliente es primero, no el fabricante.
- Lo clientes son el siguiente proceso sin barreras organizacionales.
- Las decisiones deben basarse en hechos y datos.
- La administración debe ser participativa y respetuosa de todos los empleados.
- La administración es manejada por comités funcionales que cubren la planeación del producto, el diseño, la producción, compra, manufactura, ventas y distribución.

Las siete herramientas de la calidad empleadas por Ishikawa<sup>46</sup> para medir la satisfacción del cliente o bien en pacientes son:

*Figura 2, Satisfacción al cliente*



Fuente: Elaboración propia con base en Kaoru Ishikawa, *¿Qué es el control de calidad? La modalidad japonesa*, Colombia, 1992, Pp. 209

La filosofía básica de las actividades de los círculos de CC llevadas a cabo como parte de las actividades del control de calidad por toda la empresa es:

1. Contribuir a la mejora y desarrollo de la cultura corporativa.
2. Crear lugares de trabajo agradables que hagan que la vida sea valiosa y donde se respete al ser humano.
3. Ejercitar las capacidades de las personas y sacar a la luz su potencial ilimitado.<sup>47</sup>

La exhortación a lograr cero defectos; La calidad empieza en la gente no en las cosas, bajo esta descripción Crosby describe:

1. El perfil de una empresa con problemas de calidad:
  - a. Los productos o servicios que salen al mercado presentan por lo general desviaciones a los requisitos publicados, Cada unidad es diferente y Flujo permanente de problemas.

<sup>46</sup> Con base en Kaoru Ishikawa, *¿Qué es el control de calidad? La modalidad japonesa*, Colombia, 1992, Pp. 209

<sup>47</sup> Con base en James R. Evans, *La administración y el control de la calidad*, México, 1995, Pp. 8

- b. Remediar errores. La compañía posee una extensa red de servicio posventa o distribuidores capacitados para brindar servicio correctivo y mantener satisfechos a los clientes.
  - c. Los directivos no establecen estándares claros, ni si quiera una definición de calidad por lo que los propios empleados desarrollan sus propios criterios.
  - d. Orientación a la prevención. La dirección desconoce el precio del incumplimiento, cuánto cuesta salir de los requisitos.
  - e. La dirección cree que la calidad es un problema que se debe a causas ajenas a sus propias acciones.
2. Vacuna pro-calidad
- a. Determinación. El equipo de trabajo decide no tolerar más situaciones inconvenientes y reconocen que sus acciones constituyen el único instrumento para cambiar la organización.
  - b. Educación. Proceso en el que todos los empleados adquieren un lenguaje común de la calidad, comprenden sus posiciones y colaboran para crear anticuerpos.
  - c. Implantación. Es el acto de dirigir el flujo de mejoramientos por la vía correcta.<sup>48</sup>

Donabedian hizo una evaluación de la atención médica donde expresa que debe sustentarse bajo una buena estructura esto es, suficientes recursos y un diseño de sistema apropiado, es probablemente el medio más importante de proteger y promover la calidad de la atención. La estructura permite un buen mecanismo planeado para monitorear la calidad de la atención y actuar de acuerdo con sus hallazgos.

- Instrumentos y recursos (alcances, físicos, organizaciones).
- Recursos humanos, físicos, financieros necesarios.
- Número, distribución y calificaciones del personal profesional.
- Número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los hospitales.
- Organización financiera, prestación de servicios informales y formales.
- Los seguros de salud.
- Forma del trabajo de los médicos.

---

<sup>48</sup> Con base en Philip B. Crosby, *La calidad no cuesta. El arte de cerciorarse de la calidad*, México, 2001, Pp. 105-114

- Retribución de los médicos.
- Organización de los médicos, enfermería.
- Intensión de la revisión de la calidad.
- Relativamente estable.
- Función, dar atención.
- Clase de atención que se da.

#### 1.4 Calidad en el servicio

El concepto de atención de calidad que fue definido por Avedis Donabedian que es encaminado al servicio que proporcionan el sector salud que define como:

*“El tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”.*<sup>49</sup>

El concepto de calidad de la atención médica con base en las expectativas de los pacientes, propuesto por Aguirre Gas, en el artículo Calidad Efectiva de los Servicios de Salud establece:

*“Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.*<sup>50</sup>

Este incluye la estructura como una responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza (a veces, se trata de un asunto multidimensional). Por su parte, la OMS señala:

*“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.*

---

<sup>49</sup> Con base en Avedis Donabedian, *The definition of quality and approaches to its assessment*. (US): Health Administration Press; 1980. P. 38-40.

<sup>50</sup> Con base en Fráncico Hernández Torres, Héctor Aguirre Gas, Javier Santacruz Varela, Enrique Gómez Bernal, Sebastián García Saisó y Luis Rubén Durán Fontes, *Calidad efectiva de los servicios de salud*, México, 2013, [s.p.]

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos de América (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO]) sugiere simplemente *“Hacer las cosas correctas y hacerlas bien”*. De manera adicional, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) define la calidad de la atención como: *“grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”*. Así, la calidad se liga a la seguridad del paciente y ésta a su vez se constituye en un componente de la calidad de la atención médica.<sup>51</sup>

Es un problema permanente para los administradores de la asistencia médica. La calidad en la asistencia médica que se definió por Germán Fajardo Dolci y Francisco Hernández Torres de muchas maneras:

1. El confort de los pacientes sometidos a cuidados médicos.
2. Proporción de personas sometidas a los cuidados médicos, hombres y mujeres, por edades dentro de cada grupo.
3. El número de personas que no tienen que estar en un hospital o en una residencia debido a la buena atención que reciben en el centro diurno.
4. Instalaciones para los análisis, como los laboratorios y aparatos de rayos X.
5. Salud pública.
6. Vida media de las personas dadas de alta de las instituciones, por edades.
7. Cantidad de dinero gastado en una institución, por paciente.

El cliente es la pieza más importante en la línea de producción, y para fines de esta investigación el paciente es a pieza más importante de los servicios de salud. Lo fundamental es el principio de que el objetivo de la investigación sobre los consumidores consiste en comprender las necesidades y deseos de estos, y así diseñar el producto y servicio que le proporcione una vida mejor en el futuro.<sup>52</sup>

---

<sup>51</sup> Con base en Germán Fajardo Dolci y Francisco Hernández Torres, *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*, México, 2012, Pp. 26-27

<sup>52</sup> Con base en W. Edwards Deming, *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*, España, 1989, 391 pp.

En materia de salud, no sólo los factores demográficos y epidemiológicos son los encargados de motivar cambios sustantivos en la demanda y prestación de los servicios de salud. La globalización proporciona la implantación de sistemas de atención con características similares que contemplen y cumplan con estándares de calidad internacional. Los estándares están apoyados en métodos y reglamentaciones que promueven diferentes organismos internacionales y cuyo objetivo está orientado hacia la evaluación del desempeño de las políticas o programas de la calidad de la atención.

El Gobierno Federal sostiene su interés en los problemas de la calidad de los servicios de salud y se ha propuesto garantizar que la atención en los servicios de salud se otorga de manera eficiente, con calidad y seguridad para el paciente, conforme lo establecen sus últimos dos Planes Nacionales de Desarrollo en donde se ha hecho explícita la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención, más adelante daremos un enfoque concreto sobre este Plan.<sup>53</sup>

### *1.5 Normas de calidad*

La calidad de la atención al paciente consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos en México, la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de garantizar a la población en general el cumplimiento del derecho a la protección de la salud que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Es necesario que se emitan y mantengan vigentes las disposiciones regulatorias como las que se establecen en las normas de calidad del sector salud y en los estándares internacionales de eficiencia y calidad regulados por la comisión nacional de arbitraje médico y la secretaria de seguridad pública, que le permitan a los usuarios o pacientes contar con un marco de referencia que haga posible homogeneizar criterios y homologar diversas características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario y equipo de los establecimientos de atención a la salud de la población en general.

---

<sup>53</sup> Con base en La Secretaría de Salud, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*, México, 2012, Pp. 11-12.

El Plan Nacional de Desarrollo es un documento de trabajo que rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal; ha sido concebido como un canal de comunicación del Gobierno de la República, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible la visión y estrategia de gobierno.<sup>54</sup> El Plan Nacional rige la programación y presupuestación de toda la Administración Pública Federal; ha sido concebido como un canal de comunicación del Gobierno de la República, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible la visión y estrategia de gobierno de la presente administración.

El tema de calidad en el sector salud es una prioridad que se lleva de manera mundial, ya que en el 53º Consejo Directivo en la 66ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, se reconoce que hay muchas maneras para la realización del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y que cada país deberá definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, así como sus prioridades y retos actuales y futuros en salud, las líneas estratégicas propuestas debieran ser usadas por los Estados Miembros, en colaboración con la Oficina y otros socios, para guiar, según sea pertinente, el fortalecimiento de sus sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.<sup>55</sup>

*“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”.*<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> Con base en Enrique Peña Nieto, *Plan Nacional de Desarrollo*, México, 2013, <http://pnd.gob.mx/>, (03 de enero de 2018), [s.p.]

<sup>55</sup> Con base en Organización Mundial de Salud, *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, Suiza, 2006. [s.p.]

<sup>56</sup> Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Salud Universal. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura*, 02 de octubre de 2014,

La Organización Mundial de Salud dictamina que las políticas, planes y programas de salud y la mayoría de las manifestaciones institucionales de la vida de los Ministerios o Secretarías de Salud se instrumentan a través de normas. Es a través de leyes, decretos, reglamentos, y otros instrumentos, que el Estado en sus diversas manifestaciones, condensa y da vida a lo que pretende implementar en materia de salud en beneficio de sus habitantes.

Estos instrumentos, tornan dichos contenidos en obligatorios para la autoridad de salud, la población y los diversos actores del campo de la salud. Su conocimiento es fundamental para hacer efectivo el cumplimiento esos derechos y sus consiguientes obligaciones. La norma es así un vehículo y mediante su conocimiento y estudio, se puede explorar el contenido de la vida institucional de la salud en los diversos países de la región ya que es específicamente, la autoridad de salud, quien por excelencia regulador y fija normas y directrices en materia de salud y para el caso de México se establece en las Normas Generales Federales y Estatales, como la Cámara de Diputados, el Diario Oficial de La Federación, Secretaría de Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).<sup>57</sup>

La COFEPRIS tiene como misión proteger a la población contra riesgos a la salud provocados por el uso y consumo de bienes y servicios, insumos para la salud, así como por su exposición a factores ambientales y laborales, la ocurrencia de emergencias sanitarias y la prestación de servicios de salud mediante la regulación, control y prevención de riesgos sanitarios. La COFEPRIS establecerá e implementará políticas, programas y proyectos al nivel de la mejor práctica internacional, en coordinación efectiva con los diferentes actores del ámbito público, privado y social, para prevenir y atender los riesgos sanitarios, contribuyendo así a la salud de la población.<sup>58</sup>

---

[www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392%3Auniversal-health-coverage&catid=6253%3Auniversal-health-coverage&Itemid=40244&lang=es), (03 de enero de 2018), [s.p.]

<sup>57</sup> Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Salud Universal. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura*, 02 de octubre de 2014,

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=456%3A2008-normas-generales-salud&catid=1137%3Ahealth-legislation&Itemid=579&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=456%3A2008-normas-generales-salud&catid=1137%3Ahealth-legislation&Itemid=579&lang=fr), (03 de enero de 2018), [s.p.]

<sup>58</sup> Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *¿Qué hacemos?*, 01 de enero de 2018, <https://www.gob.mx/cofepris/que-hacemos>, (25 de julio de 2018), [s.p.]

La auditoría en el sector público aumenta la confianza a los usuarios, ya que proporciona información y evaluaciones independientes y objetivas.

*“La evaluación de calidad de la función de auditoría interna según los estándares internacionales del Instituto Mexicano de Auditores Internos (IMAI)”*.<sup>59</sup>

El director de auditoría debe desarrollar y mantener un programa de aseguramiento de calidad y mejora que cubra todos los aspectos de la actividad de auditoría interna y externa y revise continuamente su eficacia, para la investigación solo nos enfocamos a la auditoría interna del que haremos hincapié en el próximo capítulo.

La auditoría interna debe adoptar un proceso para supervisar y evaluar la eficacia general del programa de calidad. Este proceso debe incluir:

- Evaluaciones internas que incluyan: Revisiones continuas del desempeño de auditoría interna, y revisiones periódicas mediante: autoevaluación o, mediante otras personas dentro de la organización; con conocimiento de las prácticas de auditoría interna y de las Normas.
- Evaluaciones externas, consistentes de: Revisiones de aseguramiento de calidad.

En los próximos capítulos profundizaremos más en cuanto a la auditoría interna que debe ser aplicada en las instituciones públicas del sector salud.

---

<sup>59</sup> Instituto Mexicano de Auditores Internos, México, 2017, <http://www.imai.org.mx/>, (14 de diciembre de 2017), [s.p.]

## CAPÍTULO SEGUNDO. – GENERALIDADES DE AUDITORÍA

### 2.1 Antecedentes históricos

Aunque los objetivos y conceptos que guían las auditorías de hoy en día eran casi desconocidos en los primeros años del siglo XX, se han realizado auditorías de diferentes tipos a través de la historia registrada del comercio y de las finanzas de los gobiernos.

El significado original de la palabra auditor es "personas que oye", que en la época durante la cual los registros de contabilidad gubernamental eran aprobados solamente después de una lectura pública en la cual las cuentas eran leídas en voz alta. Desde tiempos medievales, y durante la Revolución Industrial, se realizaban auditorías para determinar si las personas en posiciones de responsabilidad oficial en el gobierno y en el comercio estaban actuando y presentando informes en forma honesta.<sup>60</sup>

Durante la Revolución Industrial, a medida que el tamaño de las empresas aumentaba, sus propietarios empezaron a utilizar los servicios de gerente convenidos, donde se deslindan los accionistas o propietarios y comienzan a ceder derecho a los Gerentes o directores (Teoría de la agencia).

La teoría de la agencia parte del supuesto de que en cualquier interacción económica se pueden identificar dos partes, el principal y el agente. "El principal" contrata "al agente" para realizar un trabajo por cuenta del principal. Para facilitar la tarea, el principal le delega una parte de su autoridad de decisión al agente.<sup>61</sup>

Con esta separación de grupos de propiedad y de gerencia, los propietarios ausentes acudieron cada vez con mayor frecuencia a los auditores para protegerse contra el peligro de errores no intencionales, lo mismo que contra los fraudes cometidos por gerentes y empleados. Los banqueros fueron los principales usuarios externos de los informes financieros y se preocuparon también por saber si los informes estaban distorsionados debido a errores o fraude. Antes de 1900, de manera consecuente con este objetivo principal de detectar errores y fraudes, con frecuencia las auditorías incluían un estudio de todas, o casi todas, las transacciones registradas.

---

<sup>60</sup> O. Ray Whittington y Kurt Pany, *Auditoría, un enfoque integral*, Santafé de Bogotá, 2000, p. 5

<sup>61</sup> Yuri Gorbaneff, *Teoría del Agente-Principal y el mercadeo*, Revista Universidad EAFIT No. 129, 2003, p. 77

Los auditores tomaron conciencia de la importancia de un control interno efectivo. El control interno de una compañía consiste en el conjunto de políticas y procedimientos establecidos para proporcionar una confiabilidad razonable que los objetivos de la compañía serán alcanzados, incluido el objetivo de preparar estados financieros precisos. Los auditores encontraron que, al estudiar el control interno del cliente, podían identificar las áreas de fortaleza, lo mismo que las áreas de debilidad. Cuanto más fuerte sea el control interno, menor será el riesgo.

Con la mayor dependencia en el muestreo y en el control interno, las normas profesionales empezaron a enfatizar en las limitaciones de la capacidad de los auditores de detectar el fraude. La profesión reconoció que las auditorías diseñadas para descubrir fraude serían muy costosas. Un buen control interno y los bonos de garantía fueron reconocidos como mejores técnicas de protección de fraude que las auditorías.

A partir de la década de 1960, en Estados Unidos la detección de fraude en gran escala asumió un papel más grande en el proceso de auditoría. Las normas profesionales, que utilizaron el término irregularidades en lugar de fraude.

En 1996, en respuesta a una brecha de expectativas continuas entre las exigencias de los usuarios y el desempeño de los auditores, la Junta de Normas de Auditoría (Auditing Standards Board, ASB), emitió una guía para los auditores, requiriendo una evaluación explícita del riesgo de error en los estados financieros en todas las auditorías, debido al fraude. A los auditores se les exigió la modificación de sus procedimientos de auditoría, cuando fuera necesario, para reflejar los resultados de esa evaluación.

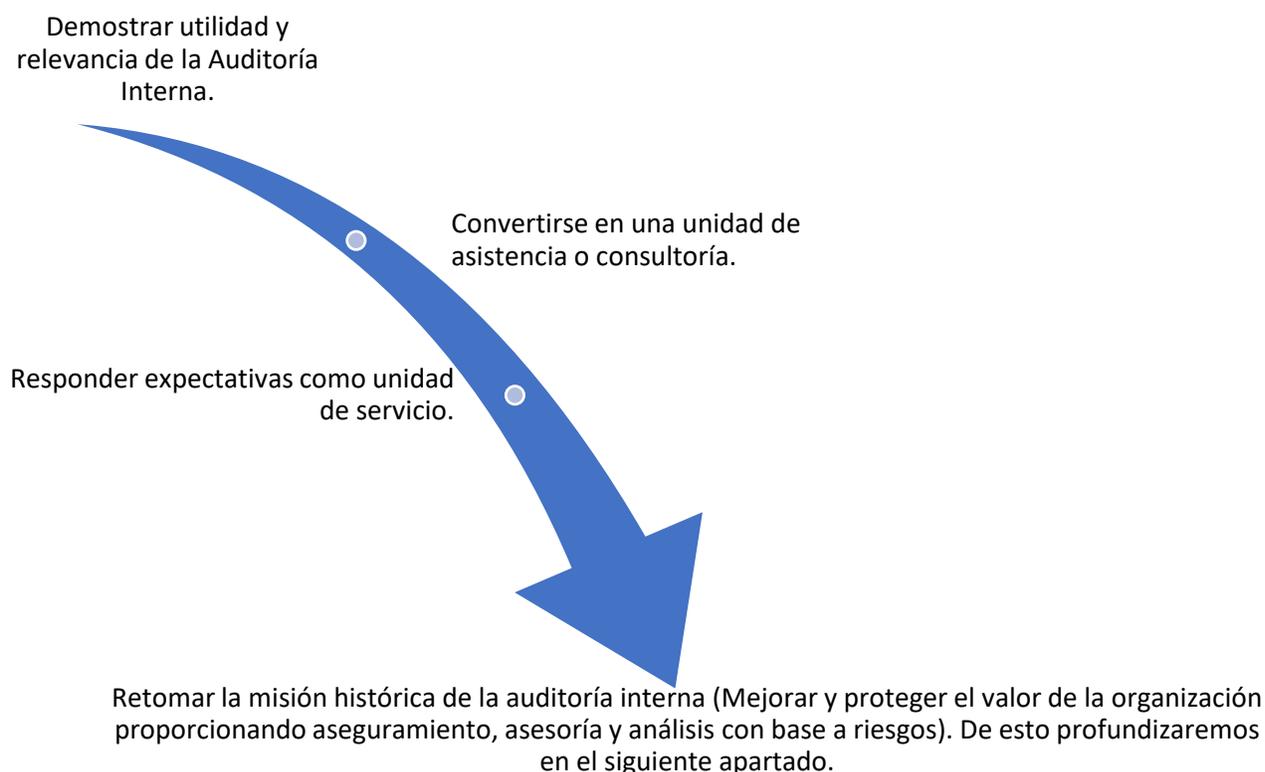
El uso creciente de sistemas sofisticados de computación no ha alterado la responsabilidad del auditor en la detección de errores y fraude. La naturaleza de los procedimientos de auditoría se ha visto afectada, sin embargo, a medida que se ha exigido a los auditores desarrollar nuevos enfoques para evaluar a las empresas, se han ido adoptando.

Como resultado de un diverso número de casos de informes financieros fraudulentos registrados en Estados Unidos de América, las principales organizaciones de contabilidad patrocinaron la Comisión Nacional sobre Presentación de Informes Financieros

Fraudulentos para estudiar las causas de los informes fraudulentos y hacer recomendaciones para reducir su incidencia. El informe final de la Comisión, emitido en 1987, hacía diversas recomendaciones a los auditores, a las compañías públicas, a los reguladores y a los educadores. Muchas de las recomendaciones a los auditores fueron reglamentadas por la Junta de Normas de Auditoría en un grupo de declaraciones sobre normas de auditoría, conocidas como las normas de la brecha de expectativas. Las recomendaciones de la Comisión sobre control interno condujeron al desarrollo de un marco de referencia del control interno, titulado Control Interno: Marco de referencia integrado, que sería utilizado para evaluar el control interno de una organización.<sup>62</sup>

En la actualidad la auditoría interna se enfrenta con obstáculos y nuevos desafíos y en especial en las instituciones del sector salud como son:

*Figura 3, Obstáculos y desafíos de la auditoría interna*



Fuente: Elaboración propia con base en O. Ray Whittington y Kurt Pany, *Auditoría, un enfoque integral*, Santafé de Bogotá, 2000, Pp. 7-9

<sup>62</sup> O. Ray Whittington y Kurt Pany, *Auditoría, un enfoque integral*, Santafé de Bogotá, 2000, Pp. 7-9

Desde mediados del siglo, se vienen produciendo una expansión de la función de auditoría hacia otros campos de actuación empresarial que van más allá de la revisión de los controles contable y de la evaluación de la razonabilidad de la información que las empresas facilitan. Poco a poco se ha ido proliferando términos como Auditoría Operativa, de Gestión, de Sistemas, Administrativa, Social, Calidad, etc., utilizados para designar distintas funciones de análisis de la actividad de una organización, con el fin de evaluar distintos aspectos de su actuación.

Esta situación ha sido motivada por los hechos de que en las últimas décadas la actividad auditora se ha enfrentado a un entorno social y económico que podría ser caracterizado por tres rasgos que son:

*Figura 4, Rasgos del entorno social de la auditoría*

- 

Dejan de existir los usuarios exclusivos de los estados financieros y de los informes de auditoría, pasando a ser un conjunto potencial interesado y beneficiario de los mismo.
- 

Los directivos consideran que el informe de auditoría financiera y contable no contribuye a facilitar una adecuada toma de decisiones ya que no supe la insuficiencia de información existente ni aporta las soluciones que esperan que los auditores les faciliten.
- 

Los nuevos usuarios externos también demandan del auditor una mayor implicación en la evaluación de cuestiones como la calidad de la gestión o la capacidad de la empresa para continuar en el mercado.

Por consiguiente, se ha generado una grieta entre lo que la sociedad esperaba y necesitaba de la auditoría, y lo que el auditor podía y debía realizar. Este “vacío” entre ambos puntos de perspectiva es una de las causas que han fomentado el desarrollo de las funciones de auditoría en ámbitos distintos al meramente contable.<sup>63</sup>

Si bien el avance de la auditoría y las nuevas necesidades de ampliar la auditoría es decir que no sea contable que, si bien es la pionera y es la primera en ser reconocida, quiero ahora agregar una reseña sobre la auditoría interna y su origen.

Los orígenes de la auditoría interna se confunden con la actividad genérica de supervisión y control; como tal la auditoría interna viene siendo practicada desde hace años por gobiernos y religiones, ya existían empresas con auditores internos, denominados como tales en los Estados Unidos antes de 1900. En los treinta la principal función del auditor interno era la verificación de los estados financieros. Como consecuencia de las lecciones de crisis de 1929, las empresas norteamericanas dedican muchos recursos a la revisión financiera y a la persecución de fraude.

Sin embargo, la preocupación por identificar y definir científicamente la función de auditoría interna no aparece hasta el nacimiento del Instituto Internacional de Auditores (IIA) en 1941, coincidió que con el nacimiento del IIA se publica la primera obra sobre la auditoría interna: *Modern Internal Auditing* de Víctor Z. Brink, por lo que 1941 es considerado como el año de nacimiento de la auditoría interna.<sup>64</sup>

## 2.2 Definición de auditoría

La auditoría en su más amplio sentido puede ser definida como una investigación crítica para llegar a conclusiones ciertas sobre las operaciones de una empresa o bien organización. Una investigación crítica implica una acumulación ordenada de evidencias. Las conclusiones implican la interpretación de la evidencia acumulada por un auditor que de forma idónea es competente y capaz.

---

<sup>63</sup> Instituto de Auditores-Censores Curados de Cuentas de España, *Ensayo sobre Auditoría: en homenaje a Manuel Mier Menes*, España, 1997, Pp. 339-340

<sup>64</sup> José Antonio Arcenegui Rodrigo, *El moderno papel de la auditoría interna en el marco del gobierno corporativo: Estudio de las recomendaciones del Comité de Basilea al caso de las entidades financieras*, España, 2005, Pp. 157-158

Las conclusiones de auditoría deberán ser presentadas, para su mejor uso en informes escritos. La auditoría puede ser realizada para varios propósitos diferentes:

- 1) La expresión de una opinión independiente sobre los estados financieros.
- 2) El control de recursos dentro de la mismas.<sup>65</sup>

Es importante aclarar que la contribución del auditor independiente es proporcionar credibilidad a la información. La credibilidad, significa que puede creerse en la información para personas externas, como accionistas, acreedores, reguladores, clientes y otros terceros interesados pueden confiar en ella. Estos terceros utilizan la información para tomar diversas decisiones, como sobre si deben invertir en una empresa.

*“La credibilidad que los auditores agregan a la información realmente reduce el riesgo de quien toma decisiones. Para ser más preciso, los auditores reducen el riesgo de la información, es decir, el riesgo de que la información utilizada para tomar una decisión esté sustancialmente errada”.*<sup>66</sup>

Las prácticas correctas de las empresas u organizaciones ayudan a identificar las áreas de oportunidad para después establecer acciones correctivas o de mejora para cumplir los objetivos esperados o como cita Kell y Boyton:

*“Que las auditorías operativas generalmente se realizan para satisfacer una combinación de los tres siguientes objetivos: **Evaluación del Desempeño.** Los resultados de la organización se comparan con las políticas estándares y metas establecidas por la administración u otros criterios de medición apropiados. **Identificación de oportunidades.** De la evaluación de desempeño, el auditor reconoce generalmente, oportunidades para obtener una mayor económica, eficacia y eficiencia. **Elaboración de recomendaciones para mejorar o para alguna acción futura.** Las recomendaciones varían dependiendo de la naturaleza del propósito de las oportunidades para mejorar”.*<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Robert L. Grinaker y Ben B. Barr, *Auditoría: Exámenes de los Estados Financieros*, México, 1981, p. 15

<sup>66</sup> O. Ray Whittington y Kurt Pany, *Auditoría: Un enfoque integral*, Santafé de Bogotá, 2000, Pp. 4-5

<sup>67</sup> Con base en Walte G. Kell y William C Boynton, *Auditoría Moderna*, México, 1995. p. 6 citado por Oscar González Muñoz, *auditoría Integrada Sistemas de Gestión: Calidad, Ambiental y de Seguridad y Salud en el Trabajo*, México, 2010, Pp. 77-78

Si bien este enunciado es muy completo sobre todos los campos o áreas a las que debe atacar la Auditoría para minimizar los riesgos y satisfacer a la empresa, la definición que emitió el Comité para Conceptos Básicos de Auditoría, que de forma más concisa menciona a la Auditoría como:

*“Un proceso sistemático que consiste en obtener y evaluar objetivamente evidencia sobre las afirmaciones relativas a los actos y eventos; con el fin de determinar el grado de correspondencia entre esas afirmaciones y los criterios establecidos, para luego comunicar los resultados a las personas interesadas”.*<sup>68</sup>

Con base en la Norma ISO 19011:2011 define auditoría como:

*“Un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría”.*<sup>69</sup>

Las auditorías internas, denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de, la propia organización, para la revisión por la dirección y con otros fines internos. Las auditorías internas pueden constituir la base para la autodeclaración de conformidad de una organización.

### **2.3 Auditoría Interna**

Con base en lo anterior la que define en Instituto Mexicano de Auditores Internos como la misión de la auditoría interna que es:

*“Mejorar y proteger el valor de la organización proporcionando aseguramiento, asesoría y análisis en base a riesgos”.*<sup>70</sup>

El concepto de auditoría interna de forma general depende de cada organización con función y conocimiento sobre el entorno o ubicación de las organizaciones o para fines de esta investigación son las instituciones públicas del sector salud, la realidad científica

---

<sup>68</sup> Comité para Conceptos Básicos de Auditoría, México, 1973, [s.p.] citado por Taylor Donald y Glezen William. *Auditoría, Integración de conceptos y procedimientos*. México, 1987, p. 30

<sup>69</sup> Norma Internacional ISO 19011, *Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión*, México, 2011, Pp. 8

<sup>70</sup> Instituto Mexicano de Auditores Internos, Definición de Auditoría, México, 2017, <http://www.imai.org.mx/>, (14 de diciembre de 2017), [s.p.]

es que su concepción moderna y actual está definida muy concretamente y no puede ni debe de estar a la eventualidad de lo que por tal entiendan quienes no la conocen bien.

Cualquier concepción que se tenga de la auditoría interna debe contar con una serie de condicionantes que la caracterizan y estas son:

- La objetividad,
- La veracidad,
- La independencia,
- El cumplimiento de sus Normas y
- La utilización de los métodos de Auditoría.

El objetivo de la auditoría interna es asistir a los miembros de la organización en el correcto cumplimiento de las responsabilidades que les han asignado, para lo cual les proporciona: análisis, valoraciones, sugerencias e información mediante sus recomendaciones.<sup>71</sup>

El Institute of Internal Auditors (IIA) define auditoría interna como:

*“Una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno”.*<sup>72</sup>

El Instituto de Auditores Internos de México define a la auditoría interna como:

*“Una actividad independiente de evaluación de una organización, mediante la revisión de su contabilidad, finanzas y otras operaciones que sirven de base a la administración de la empresa. Es un control gerencial cuyas funciones son la medición y evaluación de la efectividad de otros controles”.*<sup>73</sup>

---

<sup>71</sup> Con base en Eduardo Hevia Vázquez. *Fundamentos de la Auditoría Interna*, España, s/año, Pp. 19-20

<sup>72</sup> Institute of Internal Auditors, *The Statement of Responsibilities of Internal Auditing IIA*, E.U.A, 1998, <http://www.theiaa.org/guidance/standards-and-practices/professional-practices-framework/code-ofethics/code-of-ethics---spanish/>, (18 de febrero de 2018), [s.p.]

<sup>73</sup> Instituto de Auditores Internos. *Definición de Auditoría interna*, México, 2016, <<https://iaia.org.ar/auditor-interno/definicion-auditoria-interna/>>, (12 de noviembre de 2016), [s.p.]

El contenido funcional básico y global de la auditoría interna puede desglosarse tanto como se quiera y dependerá de las políticas del consejo de administración y el comité de cada empresa u organización, de los objetivos que deseen conseguir, de las peculiaridades y características de ésta, del estilo de dirección propio y, sin duda del profesionalidad, criterios y personalidad de su responsable o directores.<sup>74</sup>

La auditoría interna tiende a proyectarse como un gran apoyo en el logro de los objetivos de la entidad, asumiendo el rol de auditor interno que le permite aportar información, alternativas, sugerencias para optimizar sus recursos materiales, financieros y humanos, así como mejorar la calidad, la eficiencia, eficacia y la productividad.

La auditoría interna es una función independiente de evaluación establecida dentro de una organización, para examinar y evaluar sus actividades como ente de servicio. Su objetivo consiste en apoyar a los miembros de la empresa en el desempeño de sus actividades proporcionándoles.

Los miembros de las organizaciones a quienes apoyan los auditores internos incluyen al consejo de Administración, a la Dirección y a la Gerencia; los auditores internos son responsables ante ellos, entre otras responsabilidades, de:

- Ofrecer información acerca de la efectividad del sistema de control interno de la organización.
- Asegurar la salvaguarda de los activos de la empresa.
- Comprobar que los reportes preparados sean correctos y las operaciones eficientes.
- Cuidar que el marco legal en que se desenvuelve la empresa se observe y cumpla correctamente.

Debido a que la función de la auditoría interna es dar servicio y proveer de información a los niveles más altos de la organización esta ha cobrado un desarrollo muy importante en los últimos años. Su auge responde, entre otros factores, a la creciente complejidad de las organizaciones y a las operaciones que las caracterizan.

---

<sup>74</sup> Eduardo Hevia Vázquez. *Fundamentos de la Auditoría Interna*, España, s/año, p. 20

Es precisamente para esos altos niveles de mando que surge la necesidad de respaldar un área que auxilie en el control y surgimiento de dichas operaciones y que apoye a la misma organización.<sup>75</sup>

Las principales funciones del auditor interno pueden resumirse en:

- 1) Efectuar examen de funciones de cada departamento, evaluando el control interno.
- 2) Revisar las operaciones administrativas.
- 3) Revisar las operaciones financieras.
- 4) Revisar las operaciones de producción.
- 5) Efectuar una evaluación de las decisiones, política, planes y procedimientos.
- 6) Mantener eficaz vigilancia de que las políticas, planes y procedimientos son seguidos eficientemente por el personal de la empresa.

El Instituto de Auditores Internos establece como una de las principales misiones de sus miembros en el desempeño de las labores propias de esta especialidad, la de asegurarse de la eficiencia del control existente en las empresas en que se presentan sus servicios o a sus cargos.<sup>76</sup>

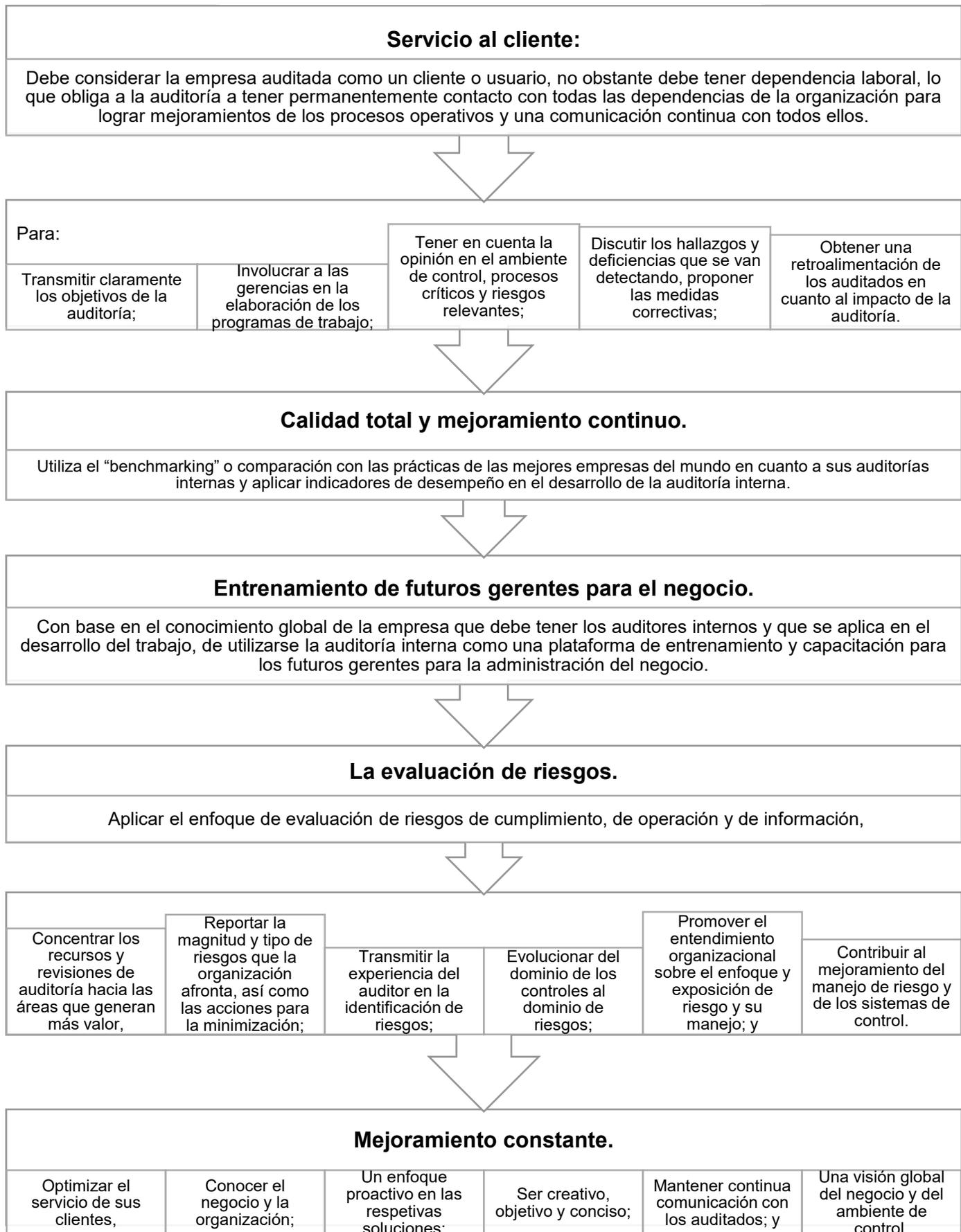
Como resultado de la aplicación de la auditoría interna, aparecieron prácticas encaminadas a que se hicieran revisiones que generaran alto valor agregado, las cuales se basan en los siguientes factores:<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> Adolfo Cervantes Laing y Juan Carlos Serrano Machorro, *La Auditoría Interna en México y Estados Unidos*, México, 1999, Pp. 17-18

<sup>76</sup> Jorge Lozano Nieva, *Auditoría Interna, Su enfoque operacional, administrativo y de las relaciones humanas*, México, 1975, Pp. 14-15

<sup>77</sup> Rodrigo Estupiñán Gaitán. *Administración de riesgos E.R.M. y la auditoría interna*, México, 2015, Pp. 229-231



## 2.4 Normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna

Las Normas son un conjunto de requisitos basados en principios de cumplimiento obligatorio<sup>78</sup>, que consisten en:

- Declaraciones de requisitos esenciales para el ejercicio de la auditoría interna y para evaluar la eficacia de su desempeño, que son internacionalmente aplicables a nivel de las personas y a nivel de las organizaciones.

El propósito de las Normas es:

1. *Orientar en la adhesión a los elementos obligatorios del Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna.*
2. *Proporcionar un marco para ejercer y promover un amplio rango de servicios de auditoría interna de valor añadido.*
3. *Establecer las bases para evaluar el desempeño de la auditoría interna.*
4. *Fomentar la mejora de los procesos y operaciones de la organización.*

Las Normas se aplican a los auditores internos individualmente y a la actividad de auditoría interna. Todos los auditores internos son responsables de cumplir con las Normas relacionadas con la objetividad, aptitud, cuidado profesional y las Normas relevantes para el desempeño de su trabajo. Los Directores de Ejecutivos Auditoría son además responsables de que la actividad de auditoría interna cumpla con las Normas.

En el caso de que los auditores internos o la actividad de auditoría interna no puedan cumplir con ciertas partes de las Normas por impedimentos legales o de regulaciones, deberán cumplir todas las demás partes y efectuar la correspondiente declaración.

Las Normas de Implantación amplían las Normas sobre Atributos y Desempeño proporcionando los requisitos aplicables a los servicios de aseguramiento y consultoría según lo amerite.

---

<sup>78</sup> The Institute of Internal Auditors, International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing (Standards): normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, United States of America, octubre de 2016, <<https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/IPPF-Standards-2017-Spanish.pdf>>, (04 de octubre de 2018). 26 pp.

*Figura 6, Normas sobre atributos de la auditoría interna*

El propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de auditoría interna deben estar formalmente definidos en un estatuto, en conformidad con la Misión de Auditoría Interna y los elementos de cumplimiento obligatorio del Marco Internacional.

- La naturaleza obligatoria de los Principios Fundamentales para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna, el Código de Ética, las Normas y la definición de auditoría interna, debe estar reconocida en el estatuto de auditoría interna.

La actividad de auditoría interna debe ser independiente, y los auditores internos deben ser objetivos en el cumplimiento de su trabajo.

- Los auditores internos deben tener una actitud imparcial y neutral, y evitar cualquier conflicto de intereses.
- Si la independencia u objetividad se viese comprometida de hecho o en apariencia, los detalles del impedimento deben darse a conocer a las partes correspondientes.

Los trabajos deben cumplirse con aptitud y cuidado profesional adecuados.

- Los auditores internos deben reunir los conocimientos, las aptitudes y otras competencias necesarias para cumplir con sus responsabilidades individuales.
- Los auditores internos deben cumplir su trabajo con el cuidado y la aptitud que se esperan de un auditor interno razonablemente prudente y competente. El cuidado profesional adecuado no implica infalibilidad.
- Los auditores internos deben perfeccionar sus conocimientos, aptitudes y otras competencias mediante la capacitación profesional continua.

El director ejecutivo de auditoría debe desarrollar y mantener un programa de aseguramiento y mejora de la calidad que cubra todos los aspectos de la actividad de auditoría interna.

- El programa de aseguramiento y mejora de la calidad debe incluir tanto evaluaciones internas como externas.
- El director ejecutivo de auditoría debe comunicar los resultados del programa de aseguramiento y mejora de la calidad a la alta dirección y al Consejo.

Figura 7, Normas sobre desempeño de la auditoría interna

El director de auditoría interna debe gestionar eficazmente la actividad de auditoría interna para asegurar que añade valor a la organización.	Debe establecer un plan basado en los riesgos, a fin de determinar las prioridades de la actividad de auditoría interna.
	Deba comunicar los planes y requerimientos de recursos de la actividad de auditoría interna, incluyendo los cambios provisionales significativos, a la alta dirección para la adecuada revisión y aprobación.
Debe asegurar que los recursos de auditoría interna sean apropiados, suficientes y eficazmente asignados para cumplir con el plan aprobado.	Debe establecer políticas y procedimientos para guiar la actividad de auditoría interna.
	Debería compartir información, coordinar actividades y considerar la posibilidad de confiar en el trabajo de otros proveedores internos y externos de aseguramiento y consultoría para asegurar una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos.
Debe informar periódicamente a la alta dirección sobre la actividad de auditoría interna en lo referido al propósito, autoridad, responsabilidad y desempeño de su plan, y sobre el cumplimiento del Código de Ética y las Normas.	El informe debe incluir cuestiones de control y riesgos significativos, incluyendo riesgos de fraude, cuestiones de gobierno y otros asuntos que requieren la atención de la alta dirección y/o el Consejo.
	Cuando un proveedor de servicios externos presta servicios de auditoría interna, dicho proveedor debe poner en conocimiento de la organización que esta última retiene la responsabilidad de mantener una función de auditoría interna efectiva.
La actividad de auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de los procesos de gestión de riesgos.	La actividad de auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua.
	La actividad de auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de los procesos de gestión de riesgos.
	La actividad de auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos y promoviendo la mejora continua.
Los auditores internos deben elaborar y documentar un plan para cada trabajo, que incluya su alcance, objetivos, tiempo y asignación de recursos. El Plan debe considerar las estrategias, los objetivos y riesgos relevantes para el trabajo.	Deben establecerse objetivos para cada trabajo.
	El alcance establecido debe ser suficiente para alcanzar los objetivos del trabajo.
	Deben determinar los recursos adecuados y suficientes para lograr los objetivos del trabajo, basándose en una evaluación de la naturaleza y complejidad.
	Los auditores internos deben preparar y documentar programas que cumplan con los objetivos del trabajo.

Fuente: Elaboración propia con base en The Institute of Internal Auditors, International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing (Standards): normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, United States of America, octubre de 2016, <<https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/IPPF-Standards-2017-Spanish.pdf>>, (04 de octubre de 2018). Pp. 12-26

## 2.5 Metodología genérica para la Auditoría interna

El objetivo de la metodología de la auditoría interna es contar con una guía de orientación para una adecuada, correcta y total revisión de la entidad, para asegurar la cobertura de todas y cada una de las etapas o fases que comprenden esta actividad en sus tres tipos: financiera, operacional y administrativa.

Es evidente la necesidad de seguir una metodología donde se nos muestren los procedimientos y pasos a seguir de una manera lógica, ordenada, congruente y secuencial de todas las actividades a desarrollar a lo largo de nuestro trabajo, en este capítulo reflejamos las metodologías que deben utilizar los auditores internos en el desarrollo de sus trabajos Eduardo Hevia Vázquez<sup>79</sup> que hace mención de que debe ser:

*Figura 8, Metodología para los auditores internos*



Fuente: Elaboración propia con base en Eduardo Hevia Vázquez, *Fundamentos de la auditoría Interna*, España, s/año, 301 pp.

### LAS TÉCNICAS

Los auditores internos pueden trabajar con una mentalidad objetiva y desde una posición de independencia para expresar sugerencias y recomendaciones, que serán o no aceptadas como útiles y oportunas para la organización, pero que, pueden hacer llegar a sus destinatarios libre y directamente.

En cualquier caso, existe una serie de métodos de trabajo que son específicos de la auditoría, entre los que podríamos citar:

- Planificación y programación de trabajos e investigaciones obligatorias;
- Búsqueda de la evidencia o certeza de las conclusiones;
- Evaluación y determinación de los riesgos;
- Recogida de información en papeles de trabajo normalizados;

<sup>79</sup> Eduardo Hevia Vázquez, *Fundamentos de la auditoría Interna*, España, s/año, 301 pp.

- Verificación sistemática de la información recogida;
- Pruebas de cumplimiento para asegurar la adecuación de los procedimientos;
- Pruebas en general para comprobación de situaciones;
- Circulación o comprobación efectiva de información financiera y de todo tipo con el exterior de la organización;
- Cumplimientos de las Normas y
- Uso de cuestionarios de control interno.

### LOS PROCEDIMIENTOS

Llamaremos procedimiento en general, a los pasos que deben seguirse para la ejecución de actividades repetitivas, y aplicado al terreno de la auditoría interna, sus procedimientos son aquellos que obligatoriamente han de emplear los auditores internos de conformidad con las normas. El procedimiento para la iniciación y desarrollo de informes de auditoría se articula en torno a las siguientes actividades:

- Determinación de su finalidad y objetivos;
- Precisar su alcance;
- Conseguir la información previa necesaria sobre lo que se audita;
- Planificación del trabajo a desarrollar para satisfacer la finalidad del informe y alcanzar sus objetivos;
- Llevar a cabo los trabajos de recogida de información y documentación, que puedan efectuarse antes de las presentaciones de los auditores;
- Comienzo de la auditoría, presentación ante los auditados y cumplimiento de la planificación establecida;
- Análisis y síntesis de la información y documentación obtenida;
- Verificación de cuanto se ha recogido;
- Comprobación de que se han alcanzado los objetivos señalados y la finalidad del informe;
- Elaboración del borrador del informe;
- Revisión detallada del mismo en la unidad de Auditoría Interna;
- Distribución del borrador;
- Discusión del borrador y establecimiento del plan de acción y

- Distribución del informe final al comité de auditoría, a la dirección y a lo auditados, según el procedimiento establecido.

### LOS PROGRAMAS

Un programa de auditoría interna ha de reflejar los procedimientos para conseguir los objetivos establecidos en la planificación general de informe de auditoría. Su finalidad es servir de guía durante la auditoría, y es como una especie de recordatorio de las sucesivas fases de esta. En los programas se deben:

- Determinar los procedimientos para la recogida, análisis, interpretación y documentación de la información obtenida;
- Establecer los objetivos de la auditoría;
- Asimismo, el alcance y el grado de las pruebas necesarias para alcanzar los objetivos;
- Identificar los aspectos técnicos, riesgos, procesos y transacciones que habrá de revisarse y
- Determinar la naturaleza y la extensión de las pruebas.

### LOS INFORMES

El informe de auditoría interna es el resultado de los estudios, investigaciones y análisis efectuados durante la realización, es la obligatoriedad de emitir un informe escrito una vez concluido el examen de los auditores.

Los informes se encuentran dentro de la metodología porque están sujetos a una normatividad específica y han de redactarse siguiendo un procedimiento determinado, desde su iniciación hasta su distribución en el ámbito de la organización.

El informe debe señalar los objetivos y el alcance de la auditoría realizada, la opinión de los auditores sobre el control interno del entorno auditado, las recomendaciones que hayan considerado conveniente formular y cualquier otra sugerencia o información oportuna y necesaria.

### LAS RECOMENDACIONES

La expresión recomendaciones muestra que la auditoría interna no tiene autoridad ejecutiva para ordenar acciones concretas como resultado de un informe. De ahí que se

formulen consejos y sugerencias por medio de recomendaciones, que tienen que cumplir determinados requisitos, tales como:

- Han de ser oportunas, viables y sustanciales;
- Deben dirigirse a personas o instancias identificables, que además tengan competencia suficiente para implantarlas;
- Tiene que ser clara y fácilmente comprensibles y
- En la medida de lo posible debieran poder cuantificarse y evaluar su impacto en los resultados de la organización.

El cumplimiento de las recomendaciones de auditoría interna debe de ser uno de los objetivos prioritarios de la misma, y reflejarse como tal, es decir, medible, cuantificable, en la planificación anual de la unidad.

Para fines de este estudio sugerimos que se lleve a cabo la aplicación norma ISO 19011 en su versión 2011 que a esta fecha es la más actual, este documento nos sirve de guía para la planificación y realización de auditorías a los sistemas de gestión, siendo uno de los documentos que pudieran ser compatibles a más de un sistema de gestión y que comprenden las técnicas y herramientas que pueden contribuir a mejorar el valor agregado que aportan las auditorías a los sistemas y a las organizaciones, y de forma más concreta a las Instituciones Públicas del Sector Salud.

La Norma ISO 19011 no establece requisitos, por el contrario, proporciona orientación sobre la gestión de un programa de auditoría, sobre la planificación y la realización de una auditoría del sistema de gestión, así como la competencia y la evaluación de un auditor y un equipo auditor que profundizaremos más adelante en el capítulo cinco.

## CAPÍTULO TERCERO. - INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD

El objeto de estudio de esta tesis son las instituciones públicas de sector salud, por lo que en este capítulo profundizaremos sobre sus orígenes y su situación actual.

### 3.1 Antecedentes del Sistema Nacional de Salud en México

¿Cómo surgieron las actividades de salud pública en México? nuestro punto de partida es que fue a principios del siglo XX cuando el estado mexicano empezó a participar en ciertas actividades de salud pública,<sup>80</sup> como se muestra en la siguiente tabla:

*Tabla 3, Historia del Sistema Nacional de salud en México*

<b>1905</b>	<b>Nace el Hospital General de México.</b>
<b>1917</b>	Se crea el Consejo de Salubridad General y destaca en la nueva Constitución.
<b>1922</b>	Se crea la Escuela de Salubridad, la primera de América Latina, formadora de profesionales de la medicina, hoy denominada Escuela de Salud Pública de México.
<b>1925</b>	Se amplía el ámbito de influencia de los servicios sanitarios del país de los territorios, puertos y fronteras a todas las entidades federativas.
<b>1931</b>	Con el apoyo de la Fundación Rockefeller y por iniciativa del Departamento de Salubridad Pública nacen en 1931 los servicios de Higiene Rural con servicios de vacunación, higiene escolar y materno-infantiles.
<b>1935</b>	Se crea el servicio social para extender la atención a la salud a las comunidades rurales del país y para profundizar el conocimiento del Departamento de Salubridad Pública sobre las condiciones locales de salud.
<b>1937</b>	Nace la Secretaría de Asistencia Pública con el que se fusionaron el Departamento de Asistencia Social Infantil y la Junta de Beneficencia Pública.
<b>1943</b>	Nace la Secretaría de Salubridad y Asistencia fusionando el Departamento de Salubridad Pública en la Secretaría de Asistencia, así como la primera generación de reformas del sistema de salud, la Ley del Seguro Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

<sup>80</sup> Manuel Ildelfonso Ruiz Medina, Tesis doctoral: *Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*, México, 2011, 299 pp.

<b>1944</b>	Da inicio la prestación de servicios por parte del IMSS en el Distrito Federal.
<b>1958 a</b>	Se afianzan las reformas para ampliar la cobertura en salud, hasta alcanzar
<b>1964</b>	niveles de un 17% de la población nacional.
<b>1960</b>	Con las reformas al artículo 123 Constitucional que otorgó derechos sociales a los trabajadores del Estado, nace el ISSSTE.
<b>Finales de</b>	Llega a su límite el modelo sanitario, los servicios se encarecen con la demanda, el sistema no llegaba a la población rural, las enfermedades no
<b>1970</b>	transmisibles se incrementaron, se recurre al servicio privado.
<b>1979</b>	Se implanta el Programa IMSS Coplamar, llamado después IMSS-Solidaridad y luego IMSS-Oportunidades para ofrecer cobertura a la zona rural.
<b>1982 a</b>	Segunda generación de reformas sustituye al Código Sanitario la Nueva Ley
<b>2002</b>	General de Salud, se cambia de nombre a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizan a los gobiernos estatales.
<b>2003</b>	Creación del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Fuente: Elaboración propia con base en Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*, México, 2001, Pp. 19-28

Anteriormente los hospitales no eran instituciones médicas, ni la medicina una profesión hospitalaria; funcionaban estos bajo esquemas de caridad, quienes trabajaban en ellos lo hacían para expiar culpas o servir a Dios atendiendo a los desprotegidos, y fue con la independencia del país cuando estos esquemas entraron en un franco período de decadencia a consecuencia de la inestabilidad política, conflictos armados y otros.<sup>81</sup>

México se encuentra inmerso en un mundo globalizado, sería insensato pensar que el sistema de salud mexicano que es una parte importante de la economía y de la sociedad, pueda vivir de espaldas del resto de los países desarrollados.

La actividad sanitaria no es preponderante de las instituciones específicamente creadas para atender los problemas de salud de la población, ya que la salud pública está influida o ligada con otros factores como la educación, la vivienda, el medio ambiente, etc.

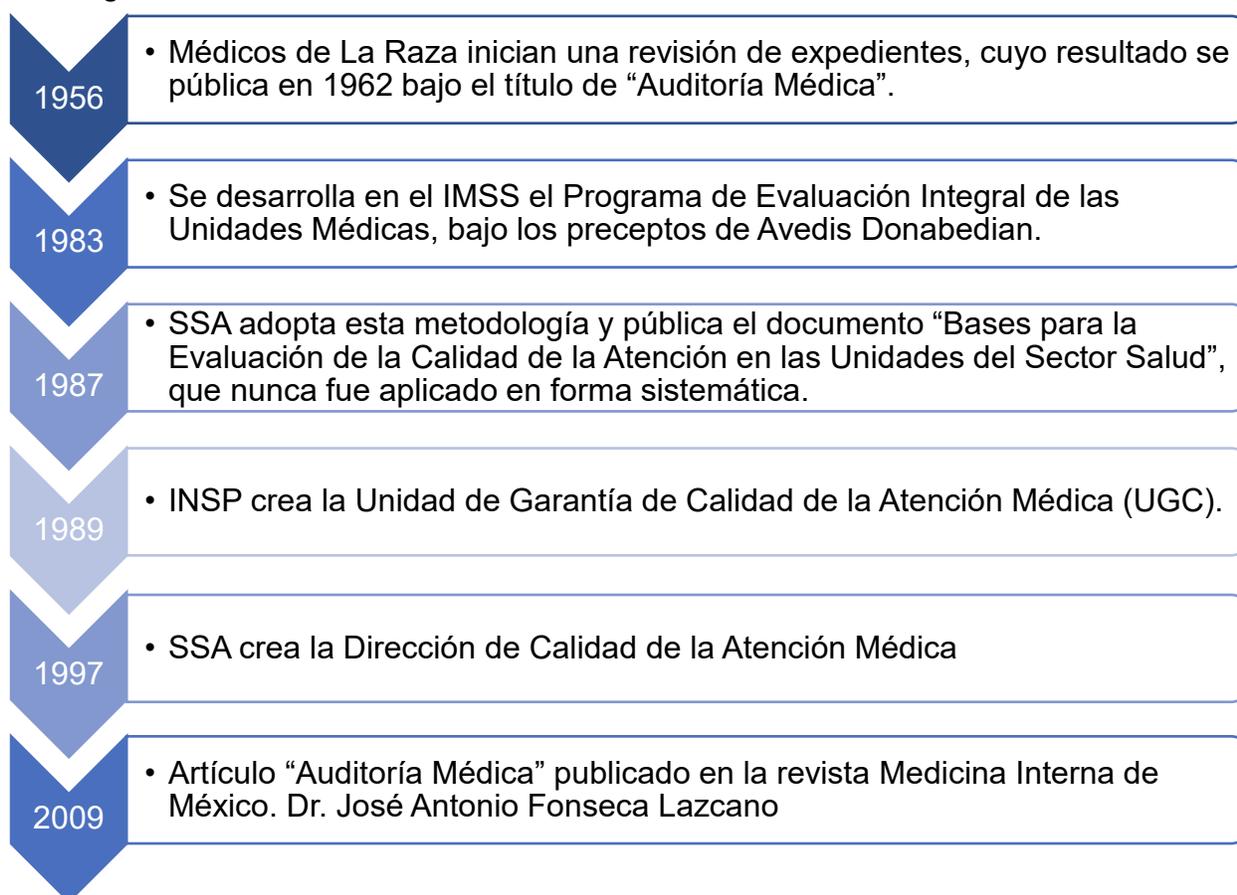
<sup>81</sup> Con base en Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*, México, 2001, 299 pp.

De acuerdo con la OMS, el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Por sistema de atención sanitaria en cambio son las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos.

El diseño del sistema de salud en México ignoró el criterio de repartición universal de satisfactores, fundamento de los derechos humanos, ya que fue concebido de tal forma que la población organizada y asalariada fue la receptora de los beneficios de la seguridad social, entre los cuales se encuentra el acceso a los servicios sanitarios.

Así nacieron las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, que atendían a la población inserta en el sector formal de la economía.<sup>82</sup>

*Figura 9, Historia del Sistema Nacional de salud en México en los últimos años*

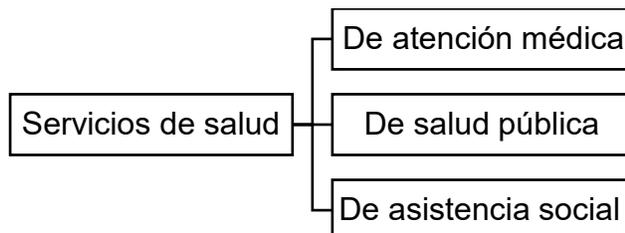


Fuente: Elaboración propia con base en Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés, *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*, México, 2001, Pp. 19-28

<sup>82</sup> Ibidem, p. 58

Para los efectos de esta investigación, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.<sup>83</sup> Los servicios de salud se clasifican en:

*Figura 10, Clasificación de los servicios de salud*



Fuente: Elaboración propia con base en La ley general de Salud, México, 2007, obtenido de [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm), (19 de febrero de 2018), [s.p.]

Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

*Figura 11, Servicios básicos de salud*

**Servicios básicos de salud**

1. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente
2. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes
3. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias
4. La atención materno-infantil
5. La planificación familiar
6. La salud mental
7. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales
8. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud
9. La promoción del mejoramiento de la nutrición
10. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas
11. La atención médica a los adultos mayores en áreas de salud geriátrica

Fuente: Elaboración propia con base en La ley general de Salud, México, 2007, obtenido de [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm), (19 de febrero de 2018), [s.p.]

<sup>83</sup> Ley general de Salud. *Titulo tercero: Prestación de los Servicios de Salud*, México, 2007, [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm), (12 de enero de 2018), [s.p.]

### 3.2 Clasificación

Dentro del Sistema Nacional de Salud existen tres niveles de atención, el Primer Nivel de Atención. Lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve 80% de los padecimientos.

El primer nivel es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Desde el primer nivel se remite, a quien así lo requiera, al segundo o tercer nivel de atención.

En el segundo nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los métodos de diagnóstico: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etc., de acuerdo con la necesidad de los pacientes.

El tercer nivel de atención es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (Umaes), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país.<sup>84</sup> Siendo estos nuestro sujeto de estudio.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) tiene como una de sus tareas, a través de la Dirección General de Estadística, generar información sociodemográfica básica para actualizar el conocimiento del tamaño, la composición y la distribución territorial de la población, los hogares y las viviendas existentes en el país.

---

<sup>84</sup> Con base en Universidad Autónoma de México, *Por los caminos del Sistema Nacional de Salud*, México, s/año, Pp. 61-64

La estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud fue actualizada tomando como eje rector la sistematización y organización del tipo de instituciones de salud, con la finalidad de identificar desde la propia clasificación de las instituciones de salud públicas a aquellas que brindan servicios a población derechohabiente y las que ofrecen servicios a la población abierta.<sup>85</sup>

*“El contenido de la Clasificación de Instituciones de Salud, en el caso de las unidades médicas públicas, fue integrado con los directorios y bases de datos de las unidades médicas de cada institución de salud pública actualizadas al 2004 que fueron proporcionados por la Dirección de Sistemas de Información de Servicios de Salud dependiente de la Secretaría de Salud”.*<sup>86</sup>

La estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud está organizada en varios niveles, el primer nivel corresponde al grupo que identifica el sector al que pertenecen las instituciones de salud, el segundo nivel corresponde a la clase de instituciones, el tercer nivel es la subclase con la que se identifica el tipo de instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas.<sup>87</sup> Agregaremos la siguiente tabla con la finalidad de mostrar cómo se encuentra esta clasificación y dar pie a la selección de objeto de interés y la delimitación para esta tesis de investigación:

*Tabla 4, Clasificación de Instituciones de Salud México*

<b>CLAVE</b>	<b>GRUPO</b>
<b>1</b>	Instituciones de salud del sector público
<b>2</b>	Instituciones de salud del sector privado
<b>3</b>	Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos
<b>4</b>	Instituciones de salud del resto del mundo
<b>5</b>	Descripciones para no derechohabencia
<b>6</b>	Derechohabencia no especificada

Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Clasificación de Instituciones de Salud – Histórica*, México, s/año. Pp. 2-4

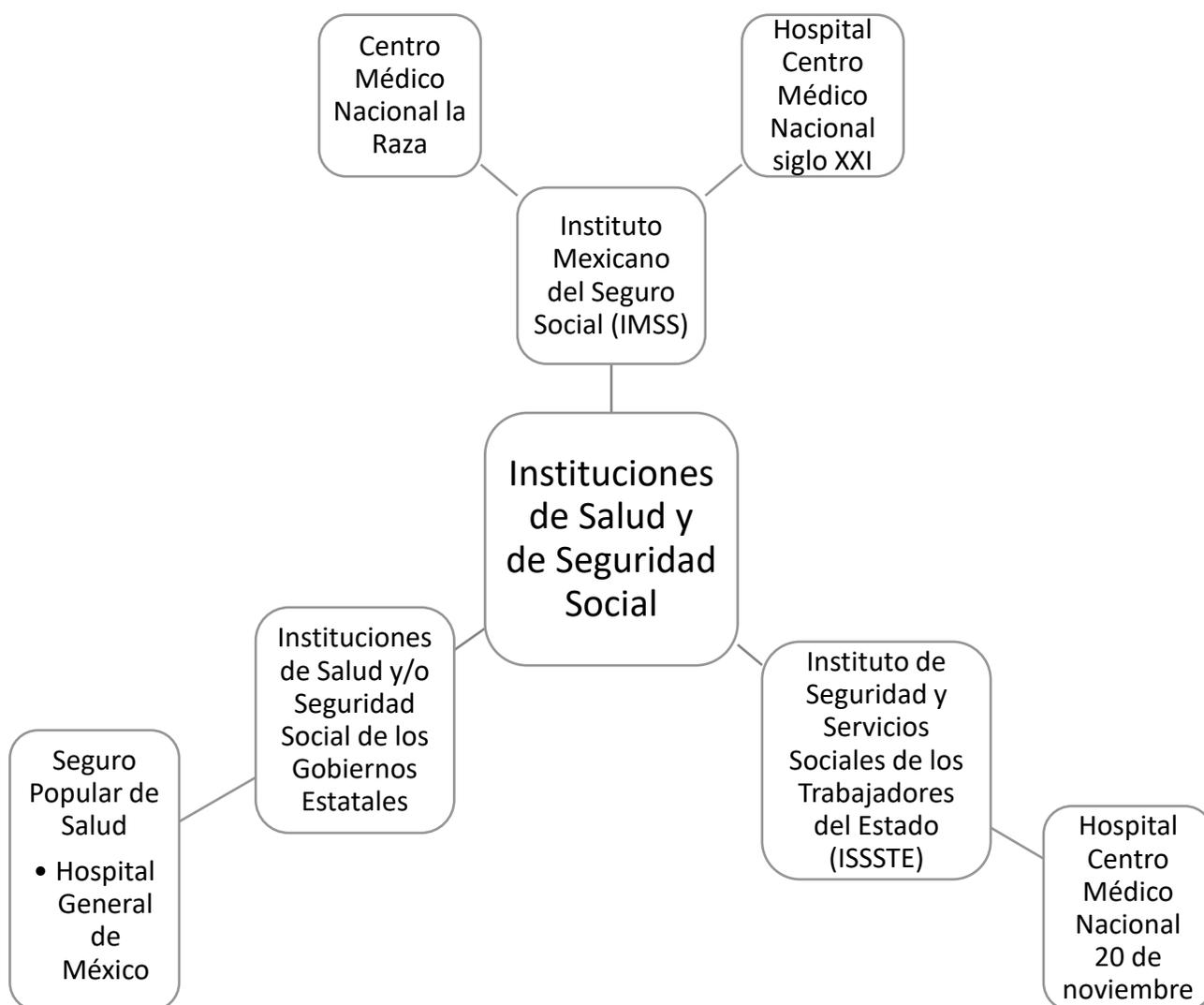
<sup>85</sup> Con base en Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Clasificación de Instituciones de Salud – Histórica*, México, s/año. p. 1

<sup>86</sup> Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Clasificación de Instituciones de Salud – Histórica*, México, s/año. p. 2

<sup>87</sup> *Ibidem*, p. 3

Nuestro interés está dado por la clave 1, es decir, por las instituciones de salud del sector público, este grupo comprende a todas las instituciones de salud pertenecientes al sector público en sus diferentes niveles: federal, estatal o municipal, que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente y no derechohabiente.

Figura 12, Clasificación de Instituciones de Salud México



Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Clasificación de Instituciones de Salud – Histórica*, México, s/año. Pp. 4-6

El segundo nivel de la estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud está conformado de un total de 10 clases de instituciones. El criterio en el que se basa para conformar las diferentes clases de instituciones de salud estriba en la identificación de

las instituciones de salud públicas y privadas que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente. En este segundo nivel las de nuestro interés son las “Instituciones de Salud y de Seguridad Social”.<sup>88</sup>

El tercer nivel de la estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud está conformado de un total de 21 subclases. El criterio en el que se basa para conformar las diferentes subclases de instituciones de salud es la identificación de los diferentes tipos de instituciones de salud públicas y privadas que brindan servicios a la población derechohabiente y no derechohabiente.<sup>89</sup> Para nuestra muestra solo consideraremos las 3 primeras subclases como se muestra en la figura 12.

Los beneficios que ofrecen las instituciones de acuerdo con Octavio Gómez Dantés son<sup>90</sup>:

- El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, que protege a la mayoría de sus afiliados, y un régimen voluntario. El régimen obligatorio comprende cinco ramos básicos de protección social: seguro de enfermedad y maternidad, seguro de riesgos de trabajo, seguro de invalidez y vida, seguro de retiro y vejez, prestaciones sociales y seguro de guardería y otros. El seguro de enfermedades y maternidad garantiza atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde el primero hasta el tercer nivel, ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales. Las personas no asalariadas pueden establecer un convenio voluntario con el IMSS a fin de obtener parte de los beneficios médicos del seguro de enfermedades y maternidad.
- Los afiliados al ISSSTE, que son todos empleados del gobierno y sus familias, y los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS. Su seguro de salud garantiza el acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental.

---

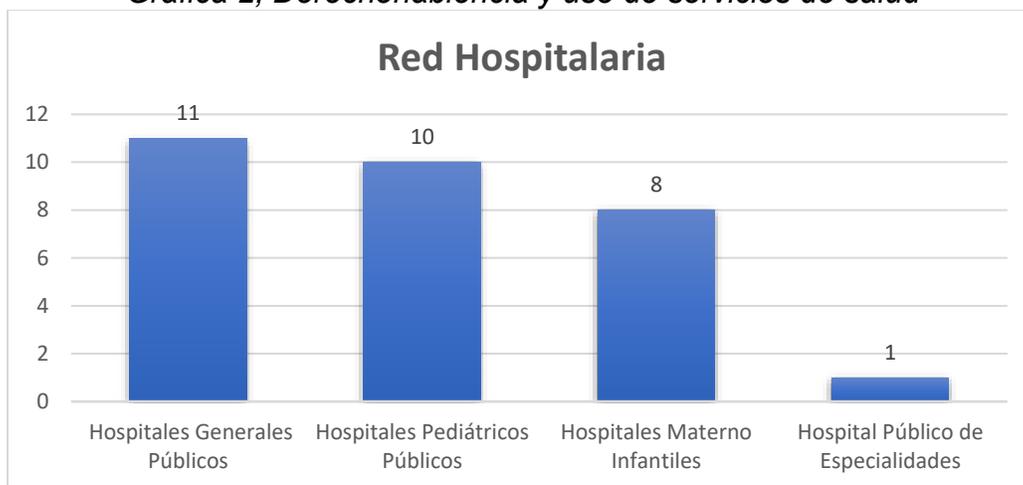
<sup>88</sup> *Ibidem*, Pp. 3-4

<sup>89</sup> *Ibidem*, p. 4

<sup>90</sup> Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma, Víctor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola y Julio Frenk, *Sistema de Salud en México*, 2018, México, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017), (17 de enero de 2018), [s.p.]

- El Seguro Popular de Salud garantiza el acceso a un paquete con alrededor de 260 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en las unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA).

Gráfica 2, Derechohabiencia y uso de servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con base Octavio Gómez Dantés, et. al., *Sistema de Salud en México*, 2018, México, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017), (17 de enero de 2018), [s.p.]

La población no asegurada recibe en las unidades de los SESA beneficios muy heterogéneos: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades. La Red Hospitalaria y de Centros Médicos está compuesta como se muestra en la gráfica anterior. Estos están distribuidos a lo largo de la capital y conforman una parte importante del Sistema de Salud de la Ciudad de México.<sup>91</sup> La clasificación es según los recursos y capacidad de atención de un hospital:

Figura 13, Clasificación de Instituciones de Salud México según sus recursos



Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Clasificación de Instituciones de Salud – Histórica*, México, s/año. Pp. 4-6

<sup>91</sup> Con base en la Clasificación De., *Clasificación de los Hospitales*, México, 2018, <https://www.clasificacionde.org/hospitales/>, (19 de enero de 2018), [s.p.]

### HOSPITAL DE PRIMER NIVEL:

En este nivel, se atiende a la población para la prevención de enfermedades, medicina general, además de poseer aparatos de menor complejidad.

Generalmente, son llamados, sanatorios, dispensarios o ambulatorios, y atienden necesidades como la odontología, consultas generales, ginecología, atención de urgencias mediana, laboratorio, además, partos no complejos.

Asimismo, es encargado de la prevención de enfermedades, así como la educación de la población para prevenirlas, por lo tanto, es el encargado de la salud integral de la población y su recuperación. En una clínica de primer nivel se hace necesaria la presencia para su correcto funcionamiento:

- Una sala de cura.
- Doctores de medicina general.
- Algunos especialistas.

### HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL:

El nivel de complejidad es medio, algunos serán especialistas y están preparados para atender cualquier emergencia en específico, como cesáreas de mediana complejidad, entre otras complicaciones no tan graves que ameriten de atención no complejas.

Cabe señalar, que este segundo nivel también es el encargado de atender desastres naturales con la prontitud necesaria.

### HOSPITAL DE TERCER NIVEL:

En este nivel se reciben a los referidos de otros niveles para algún tipo de rehabilitación, o referidos de otras instituciones donde no se pueda atender debió a su alta complejidad o falta de instrumentos necesario para la recuperación del paciente. Pudiendo ser necesario de intervenciones quirúrgicas de extrema prontitud y de atención.

Referente a lo mencionado, el hospital puede ser considerado como un refugio para los enfermos que necesitan ser atendidos para prevenir enfermedades o curarlas, sean de emergencias o no, son categorizados dependiendo de lo grande que sea su estructura o cantidad de especialistas que posea un hospital, así mismo, es importante, el hecho de

que las instituciones hospitalarias son además categorizadas no solo por su personal sino, también, por el equipamiento necesario para la atención especial que necesita todo paciente sea de emergencia o de prevención. Estas características son de nuestro interés para la investigación como muestra que será seleccionada.

### 3.3 Sector salud

#### a. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un mandato legal derivado del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional, con un sentido social. Por su parte, el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado como:

- Institución administradora de riesgos: Administra los distintos ramos de seguro que prevé la LSS, requiriendo de una adecuada gestión de las contribuciones y los recursos financieros para proporcionar las prestaciones en especie y en dinero; y en su carácter de organismo fiscal autónomo conducirá una recaudación eficaz logrando la transparencia y el control en la información que genera.
- Entidad prestadora de servicios: Fomenta la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral, a través de la provisión de servicios preventivos y curativos médicos, de guarderías y de prestaciones económicas y sociales previstos en la LSS.<sup>92</sup>

Existen 35 delegaciones distribuidas a lo largo y ancho de la República Mexicana, donde se realizan trámites relacionados con:<sup>93</sup>

---

<sup>92</sup> Con base en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Conoce al IMSS, México, 2018, <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>, (02 de febrero de 2018), [s.p.]

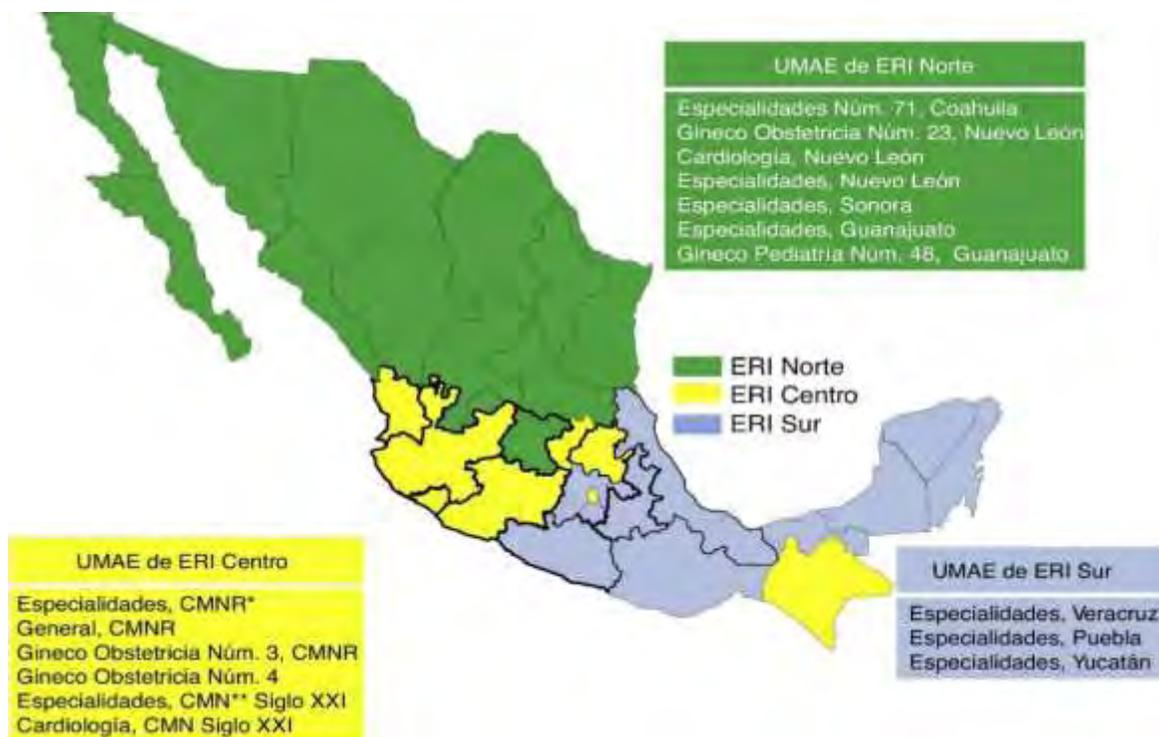
<sup>93</sup> Ibidem.

- Registro de patrones y sujetos obligados
- Verificar la vigencia de derechos, para hacer uso de prestaciones en especie y dinero
- Contratación del Seguro de Salud para la familia
- Gestión de trámites relacionados con pensiones y liquidaciones de cuotas patronales
- Autorización, rechazo o modificación de pensiones

Por su parte, las Unidades Médicas de Alta Especialidad, son hospitales de especialidades, conocidos como UMAE's o de tercer nivel, donde se brindan servicios médicos especializados de acuerdo con determinadas enfermedades o padecimientos. Con el fin de ofrecer un mejor servicio, el IMSS cuenta con 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad, a nivel nacional. Entre las especialidades que se manejan están: Traumatología y Ortopedia, Gineco Obstetricia, Medicina Médico-Física y Rehabilitación, Cardiología, Pediatría, Oncología, Psiquiatría y Traumatología y Ortopedia.

La siguiente imagen muestra la distribución de cómo se encuentran los hospitales de alta especialidad a nivel nacional y tomare de partida.

*Imagen 1, Hospitales de tercer nivel del IMSS*



Fuente: *Mapeo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) en el Instituto Mexicano del Seguro*, México, 2018, [http://www.elsevier.es/ficheros/publicaciones/00097411/0000008300000006/v1\\_201511060148/S0009741115001334/v1\\_201511060148/es/main.assets/gr1.jpeg](http://www.elsevier.es/ficheros/publicaciones/00097411/0000008300000006/v1_201511060148/S0009741115001334/v1_201511060148/es/main.assets/gr1.jpeg), (04 de febrero de 2018), [s.p.]

b. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) es un Organismo Público Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Su misión es contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.

Su visión es posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al perfil, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.

Jurídicamente su objetivo es actuar y asesorar jurídicamente al Instituto, actualizar permanentemente las bases normativas y representar al instituto en defensa de los intereses y patrimonio de este, así como defender a los trabajadores.

A su vez el órgano interno de control delegacional delimitado por el objetivo de verificar que la gestión se lleve a cabo con transparencia, racionalidad, economía y disciplina presupuestal y con estricto apego a la normatividad.<sup>94</sup>

El ISSSTE busca satisfacer el bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes. Otorgar seguros, prestaciones y servicios, con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> Con base en Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *Objetivo*, México, 2017, <http://isssteguanajuato.org/objetivo.html>, (01 de febrero de 2018), [s.p.]

<sup>95</sup> Con base en Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, *¿Qué hacemos?*, México, 2018, <https://www.gob.mx/issste/que-hacemos>, (01 de febrero de 2018), [s.p.]

Imagen 2, Clasificación de hospitales ISSSTE

TIPO DE UNIDAD	TOTAL UNIDADES	
Consultorio Médico en Centro de Trabajo (CMCT)	83	Primer Nivel
Consultorio de Atención Familiar (CAF)	478	
Unidad de Medicina Familiar (UMF)	395	
Clínica de Medicina Familiar (CMF)	87	
Clínica de Medicina Familiar con Especialidades (CMFE)	15	
Clínica de Especialidades (CE)	12	Segundo Nivel
Clínica Hospital (CH)	71	
Hospital General (HG)	26	
Hospital Regional/Hospital de Alta Especialidad (HR/HAE)	14	Tercer Nivel
Centro Médico Nacional (CMN)	1	
<b>TOTAL UNIDADES</b>	<b>1,182</b>	

Fuente: Catálogo único de Unidades Médicas del ISSSTE, México, 2015, [s.p.]

De los quince hospitales a nivel nacional el área metropolitana cuenta con cuatro hospitales de tercer nivel mismo que consideraremos como muestra y son:

- Primero de octubre
- General Ignacio Zaragoza
- Lic. Adolfo López Mateos
- 20 de noviembre

### c. SEGURO POPULAR DE SALUD

El SPS inició su fase piloto en octubre de 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco), y constituyó el “brazo operativo” del Sistema de Protección Social en Salud a partir del 1º de enero de 2004, cuando entraron en vigor las adiciones a la Ley General de Salud, que sustentan las acciones de protección social en salud que ofrecerán las entidades federativas. Según la versión oficial, su principal objetivo es sustituir el pago de bolsillo de las familias por el prepago, condición indispensable para el financiamiento de los seguros médicos y para la expansión del sector privado.<sup>96</sup>

<sup>96</sup> Con base en Silvia Tamez González y Catalina Eibenschutz, Rev. salud pública, *El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud*, México, 2008, [s.p.]

El seguro popular se encarga de brindar servicios de salud a todas las personas que estén inscritas en el sistema de protección social en salud, y tiene la capacidad de trabajar con distintos proveedores de servicios de salud tanto pública como privada en todos los estados de la República Mexicana. El seguro popular en la Ciudad de México, Puebla y Estado de México cumplen con una cobertura enorme de familias mexicanas.

El principal objetivo del seguro popular es proteger a toda la población que no cuente ya con un seguro social de gastos médicos, buscando de este modo que todos los integrantes de las familias afiliadas al seguro popular tengan acceso a los servicios de salud, médicos, hospitalarios, farmacéuticos y quirúrgicos.<sup>97</sup>

El seguro popular cuenta con 38 hospitales de tercer nivel, para esta investigación tomaremos como muestra a el Hospital General de México que facilitar servicios médicos y cuya finalidad es proporcionar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud del Distrito Federal servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, complementarios a la atención médica de segundo y tercer nivel.

### *3.4 Certificación en las unidades médicas*

Con base en su marco normativo, que en México se ha construido y consolidado en las últimas cinco décadas.<sup>98</sup> En el caso del sector público federal, se requiere la revisión precisa de cuando menos los siguientes documentos como requisitos de funcionamiento:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Ley Orgánica de la Administración Pública;
- Ley de Planeación;
- Plan Nacional de Desarrollo;
- Programas Sectoriales;
- Reglamento Interno y/o Estatuto Orgánico;
- Leyes específicas o relacionadas y sus Reglamentos, Acuerdos, Circulares y Decretos.

---

<sup>97</sup> Con base en Seguro Popular, *Salud Seguro Popular*, México, 2018, <http://www.seguropopular.org/>, (01 de febrero de 2018), [s.p.]

<sup>98</sup> Con base en Secretaría de Salud. *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*, México, 2015, Pp. 11-12

Para apoyar la aceptación de la planeación estratégica en todos los niveles de la organización, es de vital importancia la adhesión de la alta dirección, ya que, sin ese empuje y convencimiento, no existirán los elementos de fuerza y convicción para que el personal operativo contribuya al logro de la misión, visión, objetivos y metas trazada; en el próximo capítulo daremos seguimiento a este punto.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. En 1994, el Consejo de Salubridad General (CSG) respondiendo al proyecto de la Organización Panamericana de la Salud de promover la acreditación de hospitales en la América Latina, constituyó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMCSS) como organismo no lucrativo con representatividad de todos los sectores e instituciones de salud. Dicha comisión elaboró un “Manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria”.<sup>99</sup>

El 1 de enero de 2009 se elaboró una Cédula de Evaluación de Hospitales, que dio pie para conformarse lo que se conoce en la actualidad como Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General plasmado en los Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales.

El Modelo considera 4 sistemas críticos:

- Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos
- Sistema de Prevención y Control de Infecciones
- Sistema de Competencias y Capacitación del Personal
- Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones

Para cada uno de estos sistemas se solicita implementar los denominados “pilares del modelo”, las cuales son: identificación, priorización y análisis de riesgos y problemas particulares de toda la organización con el enfoque de, al menos, cada uno de los sistemas críticos. A partir de este análisis se lleva a cabo la gestión de los riesgos y problemas para lograr una mejora continua.

---

<sup>99</sup> Con base en el Consejo de salubridad general, *Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General: estándares para implementar el modelo en hospitales*, 2015, Pp. 12-15.

La evaluación de la implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General se lleva a cabo a través del proceso de certificación, el cual consta de tres fases:

- Autoevaluación e Inscripción.
- Evaluación.
- Dictamen.<sup>100</sup>

El modelo establece en específico para la primera fase de Autoevaluación e inscripción para que un hospital pueda formar parte del Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Contar con las autorizaciones sanitarias que correspondan a los servicios que brinda (licencias Sanitarias, avisos de funcionamiento y avisos de responsables sanitarios).
- No tener procedimientos administrativos abiertos ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o ante las autoridades de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- No contar con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por cualquier autoridad administrativa.
- En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una certificación previa, deberán aprobar en primer lugar la acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.
- Los hospitales clasificados por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación como “de alta complejidad y alto nivel resolutivo (rojos)”, deberán contar, al menos, con una evaluación interinstitucional de la lista de verificación, de acuerdo con el protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro.

---

<sup>100</sup> Ibidem, p. 18

En la segunda fase es la evaluación del proceso de certificación, donde se evalúa la implementación del modelo. Las actividades fundamentales que se llevan a cabo durante la evaluación son las siguientes:

- Conferencia de apertura por el líder de evaluación.
- Presentación del contexto general del hospital.
- Evaluación de la definición de los procesos y sistemas acordes al Modelo del CSG.
- Seguimientos de pacientes.
- Recorridos por las instalaciones.
- Evaluaciones de los Sistemas Críticos.
- Evaluación del proceso de supervisión de los servicios subrogados.
- Evaluación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General
- Seguimiento indeterminado de procesos.
- Entrega del reporte de evaluación.

En la tercera fase del modelo, el Dictamen es la fase del proceso de certificación en donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del Proceso de Certificación (Inscripción y Autoevaluación, y Evaluación) y la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), de forma colegiada, emite el dictamen de “Certificar” o “No Certificar” al hospital. Dicho dictamen se fundamenta en lo establecido en las Reglas de Decisión que a continuación se enlistan:

1. Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:
  - 1.1. Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo con la legislación aplicable vigente. (federal y/o estatal).
  - 1.2. No tiene procedimientos administrativos abiertos ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
  - 1.3. Cumple con todos los Requisitos Indispensables de Autoevaluación.
  - 1.4. No cuenta con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica impuesta por autoridad administrativa.

2. Obtiene, como resultado de la Evaluación, una calificación promedio igual o mayor a:
  - 2.1. Seis como Calificación General (promedio de todos los elementos medibles).
  - 2.2. Seis para cada Apartado o Capítulo (promedio de los elementos medibles).
  - 2.3. Cinco para cada estándar (promedio de los elementos medibles).
  - 2.4. Cinco en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
3. Con relación a la evaluación de Requisitos Indispensables (Autoevaluación)
  - 3.1. Los establecimientos que obtengan una calificación general igual o mayor a 9.0, que durante la evaluación se haya observado incumplimiento de requisitos indispensables de Autoevaluación, se les programará una Evaluación Complementaria previa a la siguiente Sesión Ordinaria para verificar su cumplimiento.
4. En relación con la evaluación de estándares Indispensables:
  - 4.1. Los establecimientos que obtengan una calificación general entre 6.0 y 8.9 inclusive, que incumplan estándares de procesos ponderados como “indispensables”, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para enviar su “Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG”.

La vigencia del certificado que dictamine la comisión seguirá las siguientes reglas:

- Si el establecimiento obtiene una calificación general o recalculada aprobatoria entre 6.0 y 6.9 inclusive, la vigencia del Certificado será de 1 año.
- Si el establecimiento obtiene una calificación general o recalculada aprobatoria entre 7.0 y 8.9 inclusive, la vigencia del Certificado será de 2 años.
- Si el establecimiento obtiene una calificación general o recalculada aprobatoria igual o mayor a 9.0, la vigencia del Certificado será de 3 años.
- El establecimiento que obtenga un dictamen de “No Certificado” podrá inscribirse nuevamente al proceso de certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen consecutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el establecimiento para inscribirse al proceso de certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

## CAPÍTULO CUARTO. – ENTIDADES FISCALIZADORAS Y SUS ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL (OIC)

La auditoría gubernamental en México que se encuentra a cargo de la secretaría de la función pública, esta tiene como objetivo:

*“Practicar auditorías directas de alto impacto a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a la Procuraduría General de la República, por sí y/o en coordinación con los Órganos Internos de Control, enfocadas a prevenir y combatir la corrupción y abatir la impunidad a través de la revisión de las áreas con trámites, servicios y procesos críticos o proclives a la corrupción, proyectos de inversión relevantes, y programas prioritarios o estratégicos, y sus observaciones se consideren de alto impacto debido a que contribuyen al mejoramiento o corrección de los procesos o procedimientos o a evitar actos de corrupción.”<sup>101</sup>*

La Auditoría Gubernamental es el mejor medio para verificar que la gestión pública se haya realizado con economía, eficiencia, eficacia y transparencia, de conformidad con las disposiciones legales aplicables. Es la revisión y examen que llevan a cabo las entidades fiscalizadoras superiores a las operaciones de diferente naturaleza, que realizan las dependencias y entidades del gobierno central, estatal y municipal en el cumplimiento de sus atribuciones legales.<sup>102</sup>

Las instituciones consideradas como muestra para esta investigación son revisadas por entidades fiscalizadoras de manera externa y regularizada por el OIC de manera interna, por lo que en los siguientes apartados mencionaremos el papel que desempeñan.

### 4.1 Entidades fiscalizadoras

La idea de integrar un Sistema Nacional de Fiscalización (SNF) surge de la necesidad de formar un frente común, en todos los órdenes de gobierno y desde todos los ámbitos de análisis, para examinar, vincular, articular y transparentar la gestión gubernamental y el uso de los recursos públicos, con el fin de mejorar la rendición de cuentas a nivel nacional.

---

<sup>101</sup> Con base en la Secretaría de la función Pública, Archivo Histórico, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, 2012, <http://2006-2012.funcionpublica.gob.mx/index.php/unidades-administrativas/unidad-de-auditoria-gubernamental.html>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

<sup>102</sup> Con base en blog de Auditoría gubernamental, Definición, México, s/año, <http://gabinete-auditoria-gubernamental.blogspot.com/>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

Se puede afirmar que, en principio, en México existe un amplio nivel de control y supervisión, tanto al interior como al exterior de los distintos órganos que desempeñan funciones de gobierno, deberían de tener la capacidad de mantener una vigilancia permanente sobre el desempeño de los entes públicos.

La lucha contra la opacidad, la discrecionalidad y la corrupción es un tema central en el discurso público y en el debate nacional. Por consiguiente, se han tomado acciones orientadas a mejorar la vinculación y coordinación, considerando que la desvinculación de los órganos de fiscalización, las diferencias en cuanto a mandatos, marcos legales, planeación de revisiones, metodologías por aplicar e inclusive, calendarios de entrega de resultados, limitan el alcance de sus esfuerzos y, por lo mismo, la efectividad de las labores de los órganos en materia de auditoría gubernamental.

El 17 de febrero de 2010, durante la presentación del Informe del Resultado de Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2008 ante la Cámara de Diputados, se mencionó por primera vez la necesidad de establecer un SNF.<sup>103</sup>

El artículo 3 de la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción, fracción XII establece que el SNF es el conjunto de mecanismos interinstitucionales de coordinación entre los órganos responsables de las tareas de auditoría gubernamental en los distintos órdenes de gobierno, con el objetivo de maximizar la cobertura y el impacto de la fiscalización en todo el país, con base en una visión estratégica, la aplicación de estándares profesionales similares, la creación de capacidades y el intercambio efectivo de información, sin incurrir en duplicidades u omisiones.<sup>104</sup>

De conformidad con el artículo 37 de la LGSNA, el SNF está integrado por:

- la Auditoría Superior de la Federación,
- la Secretaría de la Función Pública,
- las Entidades de Fiscalización Superiores Locales y
- las secretarías o instancias homólogas encargadas del control interno en las entidades federativas.

---

<sup>103</sup> Con base en el Sistema Nacional de Fiscalización, Antecedentes, México, 2018, <http://www.snf.org.mx/antecedentes.aspx>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

<sup>104</sup> Con base en el Sistema Nacional de Fiscalización, Antecedentes, México, 2018, <http://www.snf.org.mx/definición.aspx>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

El SNF tiene por objeto establecer acciones y mecanismos de coordinación entre los integrantes de este que, en el ámbito de sus respectivas competencias, promoverán el intercambio de información, ideas y experiencias encaminadas a avanzar en el desarrollo de la fiscalización de los recursos públicos.<sup>105</sup>

La independencia de las Entidades de Fiscalización Superior (EFS) implica que éstas no tengan subordinación externa o vínculo alguno respecto de los sujetos a fiscalizar. De existir estas circunstancias, la fiscalización, ciertamente, puede convertirse en arma de la contienda política y en un ejercicio de simulación con efectos sociales, políticos e institucionales. Por ello, en las democracias contemporáneas, la alta competitividad política y electoral obliga a que las EFS deban tener salvaguardas que les permitan permanecer al margen de los escenarios políticos y actuar con neutralidad en su desempeño institucional.

En ese sentido, el consenso internacional ha establecido que la independencia técnica, organizativa y presupuestal de las EFS sea requisito indispensable para su adecuada operación, desarrollo y consolidación.<sup>106</sup>

El control no representa una finalidad en sí mismo, sino una parte imprescindible de un mecanismo regulador que debe señalar, oportunamente, las desviaciones normativas y las infracciones de los principios de legalidad, rentabilidad, utilidad y racionalidad de las operaciones financieras, de tal modo que puedan adoptarse las medidas correctivas convenientes en cada caso, determinarse la responsabilidad del órgano culpable, exigirse la indemnización correspondiente o adoptarse las determinaciones que impidan o, por lo menos, dificulten, la repetición de tales infracciones en el futuro.<sup>107</sup>

Sobre este control se mencionará en el siguiente punto sobre los órganos internos de control y las evaluaciones que realizan.

---

<sup>105</sup> Con base en la auditoría Superior de la Federación, Sistema Nacional de Fiscalización, México, s/año, [https://www.asf.gob.mx/Section/117\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Fiscalizacion](https://www.asf.gob.mx/Section/117_Sistema_Nacional_de_Fiscalizacion), (06 de octubre de 2018), [s.p.]

<sup>106</sup> Con base en la auditoría Superior de la Federación, Declaraciones de Principios: La Independencia de las Entidades de Fiscalización Superior, México, terminó de imprimirse en agosto de 2009, p. 8

<sup>107</sup> Ibidem, p. 12

#### 4.2 Órgano interno de control

Los Órganos Internos de Control han contribuido decisivamente a que las instituciones de la Administración Pública Federal, por su honestidad, eficiencia y eficacia, han logrado la confianza y credibilidad de la sociedad.

La visión de los OIC es contribuir al abatimiento de la corrupción en la Administración Pública Federal, a la transparencia de su gestión y al desempeño honesto, eficaz y eficiente de las dependencias y entidades que la conforman.<sup>108</sup>

Los OIC pueden establecerse en el seno de los diferentes departamentos e instituciones; los órganos de control externo no pertenecen a la organización de la institución que debe ser controlada. Los OIC dependen necesariamente del director del departamento en cuya organización se crearon. No obstante, deben gozar de independencia funcional y organizativa en cuanto sea posible a tenor de la estructura constitucional correspondiente.<sup>109</sup> Los objetivos estratégicos de OIC son:

*Tabla 6, Objetivos estratégicos del OIC*

<b>OBJETIVO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>MACROPROCESOS</b>
<i>OIC 1</i>	Impulsar en las instituciones la mejora continua de sus procesos administrativos y servicios públicos, a través de la detección de áreas de oportunidad.	Promover la mejora de controles Mejorar información
<i>OIC 2</i>	Prevenir prácticas de corrupción e impunidad a través de la difusión de normas, el establecimiento de controles internos y de asesoría.	Difundir normatividad Dar asesoría
<i>OIC 3</i>	Detectar la corrupción a través de auditorías enfocadas a lo relevante, obtener en las auditorías resultados válidos, significativos y debidamente fundamentados.	Identificar presuntas irregularidades Investigar Auditar Fundamentar
<i>OIC 4</i>	Sustentar jurídicamente las presuntas responsabilidades sancionar las conductas administrativas de los servidores públicos. Promover el resarcimiento al Estado por los daños y perjuicios ocasionados	Sancionar Denunciar

<sup>108</sup> Con base en la Secretaría de Gobernación, Órgano Interno de Control: Misión y visión, México, 2018, [http://oic.segob.gob.mx/es/OIC/Mision\\_y\\_vision](http://oic.segob.gob.mx/es/OIC/Mision_y_vision), (06 de octubre de 2018), [s.p.]

<sup>109</sup> Con base en la Auditoría Superior de la Federación, Declaraciones de Principios: La Independencia de las Entidades de Fiscalización Superior, México, terminó de imprimirse en agosto de 2009, p. 13

O/C 5	Promover que la ciudadanía presente quejas, denuncias, inconformidades y sugerencias de la gestión pública. Otorgar la debida atención a las quejas, denuncias, inconformidades y sugerencias de la sociedad	Facilitar la presentación de sugerencias, quejas y denuncias Atender quejas y denuncias Informar al quejoso o denunciante Dirimir conflictos en licitaciones
O/C 6	Impulsar la debida rendición de cuentas a la sociedad sobre la gestión y los resultados de la Administración Pública Federal (APF).	Coadyuvar en la comunicación

Fuente: Elaboración propia con base en la Secretaría de la Función Pública, Comités de control y desempeño institucional: ¿Qué son los Comités de Control y Desempeño Institucional?, México, s/año, <https://sfpbpm01.funcionpublica.gob.mx/cocoa/index.asp>, (06 de octubre de 2018), [s.p.]

Los Comités de Control y Desempeño Institucional (COCODI), son un órgano colegiado al interior de las Instituciones de la APF, en apoyo a los Titulares de estas, que contribuya al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, a impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno, y al análisis y seguimiento de la detección y administración de riesgos.<sup>110</sup>

Los objetivos de los comités de control y desempeño institucional (COCODI) son:

- 1) Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
- 2) Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el Programa de Trabajo de Administración de Riesgo (PTAR), dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
- 3) Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;

<sup>110</sup> Con base en la Secretaría de la Función Pública, Comités de control y desempeño institucional: ¿Qué son los Comités de Control y Desempeño Institucional?, México, s/año, <https://sfpbpm01.funcionpublica.gob.mx/cocoa/index.asp>, (06 de octubre de 2018), [s.p.]

- 4) Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
- 5) Impulsar el establecimiento y actualización del Sistema de Control Interno Institucional (SCII), con el seguimiento a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el Programa de Trabajo de Control Interno y acciones de control del PTAR;
- 6) Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de estas;
- 7) Revisar el cumplimiento de programas de la Institución y temas transversales de la Secretaría;
- 8) Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten. Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.<sup>111</sup>

El control interno tiene como objetivo proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la Institución dentro de las siguientes categorías:<sup>112</sup>

- I. Operación: Eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
- II. Información: Confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación;
- III. Cumplimiento: Observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones, y
- IV. Salvaguarda: Protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

---

<sup>111</sup> Con base en la Secretaría de la Función Pública, Comités de control y desempeño institucional: Objetivos de los COCODI, <https://sfpbpm01.funcionpublica.gob.mx/cocoa/index.asp>, (08 de octubre de 2018), [s.p.]

<sup>112</sup> Con base en el Diario Oficial, Segunda sección poder ejecutivo secretaria de la función pública, México, jueves 3 de noviembre de 2016, p. 7

En el caso de esta investigación nos encontramos con que el Hospital General de México cuenta con un OIC, los hospitales consideradas en la muestra final tienen departamentos de auditoría interna quienes comunican a la secretaria de la función pública.

#### 4.3 Guía General de Auditoría Pública

Este apartado se hace en base con la Guía General de Auditoría Pública establecida por la Secretaría de la Función Pública cuyo propósito es contribuir en su cumplimiento al consolidar un gobierno honesto, eficiente y transparente, proporcionando un instrumento de apoyo que facilite y estandarice las actividades del trabajo de auditoría, reflejada en la última versión de marzo 2018.<sup>113</sup>

Los entes que conforman en **Sistema Nacional de Fiscalización** consideraron conveniente la adopción de procedimientos homologados en la auditoría y, en un esfuerzo coordinado, dio como resultado el fortalecimiento y la modernización de las normas que regulan la auditoría, las Normas Profesionales de auditoría del Sistema Nacional de Fiscalización, cuyos procedimientos se basan en los postulados básicos y la estructura general de las normas de auditoría de la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras superiores (INTOSAI) que señalan las líneas y directrices de las mejores prácticas internacionales en la materia. La auditoría pública se realiza:

Figura 14, Etapas de la Auditoría



Fuente: Con base en la Secretaría de la Función Pública, Guía General de Auditoría Pública, Subsecretaría de Control y Auditoría de la Gestión Pública, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, 2018, p. 8

<sup>113</sup> Con base en la Secretaría de la Función Pública, Guía General de Auditoría Pública, Subsecretaría de Control y Auditoría de la Gestión Pública, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, 2018, 58 pp.

## PLANEACIÓN:

Con base en la guía la descripción de los métodos, técnicas y procedimientos que se sugiere aplica para cumplir con los objetivos de la auditoría.

- Planeación general: consiste en delimitar la oportunidad de los recursos y tiempos asignados, aspectos que se precisarán en la carta de planeación y en el cronograma de actividades a desarrollar.
  - Carta de planeación: contiene la información obtenida en una investigación previa.
  - Cronograma de actividades a desarrollar: es el documento donde se registrará el tiempo programado para llevar a cabo una auditoría.
- Inicio: su objetivo es notificar a la unidad auditada el inicio formal de la auditoría, presentar al grupo de auditores que participara en la misma, e informarle los alcances y trabajos a desarrollar.
  - Orden de auditoría: mandamiento escrito el cual deberá contener los elementos mínimos establecidos.
  - Acta de inicio de auditoría: es aquella donde se hará constar la entrega formal de la orden de auditoría.
  - Oficios complementarios: son los oficios con posterioridad que se elaborarán para la obtención de información que permita a los auditores cumplir con el objetivo de la auditoría.
- Planeación detallada: determina la naturaleza, alcance, oportunidad y procedimiento por aplicar para cada uno de los conceptos a revisar. Para lo anterior se considera el análisis de la información complementaria y del estudio y evaluación del control interno.

La comprensión del control interno se da a través de la indagación, observación inspección de documentos, registros y operaciones a las que se sujetara la auditoría, mediante el empleo, entre otros, de los siguientes métodos:

- Descriptivo
- Cuestionarios
- Gráfico

### EJECUCIÓN:

Su objetivo es obtener evidencia suficiente, competente, relevante y pertinente que permita al auditor conocer la situación de los Conceptos revisados, para emitir una opinión sólida, sustentada y válida.

La evidencia de auditoría consiste en cualquier información utilizada por el auditor para determinar si el objeto de la revisión cumple con los criterios aplicables. La evidencia puede tomar diversas formas, tales como registros de operaciones en papel y en forma electrónica, comunicaciones con gente externa por escrito y en forma electrónica, observaciones hechas por el auditor y testimonios orales o escritos hecho por el ente auditado. Las técnicas para obtener la evidencia de auditoría pueden incluir la inspección, observación, indagación, confirmación, recalcado, repetición, procedimientos analíticos y/u otras técnicas de investigación.

- Fases de ejecución: consiste en una serie de actividades que se realizan de manera lógica y sistemática y se divide en cuatro fases que son las siguientes:
  - Recopilación de datos
  - Registro de datos
  - Análisis de la información
  - Evaluación de los resultados
- Procedimientos y técnicas de auditoría: conjunto de técnicas de investigación aplicables a un conjunto a revisar, mediante las cuales el auditor obtiene bases sólidas para fundamentar sus conclusiones como son:
  - Estudio general
  - Análisis
  - Inspección
  - Confirmación
  - Investigación
  - Declaración
  - Certificación
  - Observación
  - Calculo

- Papeles de trabajo: registrar en cedulas de trabajo las técnicas y procedimientos aplicados con sus resultados y las conclusiones obtenidas, y anexar la evidencia documental que sustente la planeación, ejecución, conclusión y supervisión del trabajo. Las cedulas de trabajo se clasifican de la siguiente manera:
  - Cedula sumaria: contienen la integración de un grupo homogéneo de datos e indican la conclusión general sobre el concepto revisado.
  - Cedula analítica: contienen datos e información detallada del concepto revisado y los procedimientos de auditoría aplicados. El número de cedulas a utilizar dependerá de la amplitud de las operaciones revisadas y de la profundidad con que sean analizadas.

### INFORME:

Como lo estipula la Guía General de Auditoría Pública, los órganos auditores comunicarán sobre sus actividades y los resultados de las auditorías practicadas de manera amplia y oportuna, por lo cual dichos organismos deben:

- Elaborar y emitir sus informes de auditoría en los plazos establecidos. La transparencia y la rendición de cuentas se verán reforzadas si los trabajos de auditoría y la información que de ellos derive es proporcionada de manera oportuna, pertinente y confiable.
- Los informes a los organismos auditores (unidades auditadas) deberán ser accesibles y comprensibles a todo el público en general, o bien, a la autoridad competente según la normatividad aplicable.

El informe es el documento que señala los hallazgos del auditor, así como sus conclusiones y recomendaciones; y que la forma de presentación es por escrito y debe ser oportuno, completo, exacto, objetivo, convincente, claro, conciso y de utilidad.

- Cedulas de observaciones: los resultados en los que se determinen situaciones irregulares o incumplimientos normativos se consignarán en cedulas de observaciones, mismas que contendrán las disposiciones legales y normativas incumplidas, las recomendaciones sugeridas por el auditor para promover su solución.

- Informe de auditoría: una vez notificadas las observaciones determinadas y firmadas por los responsables de la atención de las recomendaciones, los titulares de la Unidad auditada, en el ámbito de sus respectivas competencias, darán a conocer los resultados determinados en la auditoría al Titular de la unidad auditada, al responsable de la Unidad auditada y a las instancias que en cada caso se requieran, a través del documento denominado Informe de Auditoría.

#### SEGUIMIENTO DE OBSERVACIONES:

De acuerdo con la guía su objetivo es verificar que las Unidades auditadas atiendan, en los términos y plazos acordados, las recomendaciones preventivas y correctivas planteadas en las cédulas de observaciones de los informes emitidos en auditorías anteriores e informar el avance de su solventación. El Organismo Auditor establece que:

- Los entes auditados deben responder, dentro de los plazos legalmente establecidos, a las observaciones y recomendaciones resultantes de las auditorías realizadas por los organismos auditores; además, deben informar sobre las medidas adoptadas para atender las recomendaciones generadas.
- Como resultado de las auditorías practicadas, los organismos auditores (unidades auditoras) pueden promover procedimientos de investigación ante las autoridades competentes en los órdenes y poderes de gobierno que correspondan, y en su caso, instrumentarlos.

También deben emitir cédulas de seguimiento que hacen referencia al avance en la atención de las recomendaciones hechas por el auditor, y si las acciones implantadas por la Unidad auditada permitieron la solución de la problemática.

Una vez concluida las cédulas de seguimiento, mediante oficio emitido por el Titular de la Unidad auditora se informarán los resultados determinados en el seguimiento al titular de la Unidad auditada y a las instancias que en cada caso se requieran.

#### SUPERVISIÓN DEL TRABAJO DE AUDITORÍA:

La Norma General de Auditoría Pública establece que la supervisión debe ejercerse en todos los niveles o categorías del personal que intervienen en el trabajo de auditoría y en proporción inversa a la experiencia, la preparación técnica y la capacitación profesional

del auditor supervisado, además de que la supervisión deberá realizarse desde los trabajos de la planeación hasta la conclusión de la auditoría.

Por lo que la guía menciona que el éxito, efectividad y calidad de una auditoría depende en gran medida de la supervisión y conocimiento en todos los niveles jerárquicos que se le den a la misma, ya que teniendo una adecuada supervisión se permite controlar y reforzar las actividades que se realizan en ella.

## CAPÍTULO QUINTO. - ISO 19011:2011

Este capítulo está fundamentado en la Norma Internacional ISO (la Organización Internacional de Normalización) 19011:2011, que proporciona una orientación sobre las Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, suministra orientación sobre la gestión de un programa de auditoría, sobre la planificación y la realización de una auditoría del Sistema de Gestión, así como la competencia y la evaluación de un auditor y un equipo auditor.

Esta Norma Internacional provee guía para todos los usuarios, incluyendo organizaciones pequeñas y medianas y se concentra en lo que se conoce comúnmente como “auditorías internas” (de primera parte) y “auditorías conducidas por parte de los clientes sobre sus proveedores” (de segunda parte). Mientras que aquellos involucrados en auditorías de certificación de sistemas de gestión siguen los requisitos de ISO/IEC 17021:2011, y pueden hallar útil también los lineamientos contenidos en esta Norma Internacional.<sup>114</sup>

### 5.1 Programa de Auditoría

El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico tiene el derecho de estar representado en dicho comité.

La auditoría se caracteriza por depender de varios principios. Éstos deberían hacer de la auditoría una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño.

Los lineamientos que se establecen en la ISO 19011:2011 están basados en los siguientes principios:

a) Integridad: el fundamento del profesionalismo. Los auditores y la persona que maneja el programa de auditoría deberían:

- llevar a cabo su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad;

---

<sup>114</sup> Con base en la Norma Internacional ISO 19011, *Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión*, Suiza, 2011, 59 pp.

- observar y cumplir con todos los requisitos legales aplicables;
- demostrar su competencia durante el desarrollo del trabajo;
- llevar a cabo su trabajo de manera imparcial; es decir, ser justo e imparcial en todos sus negocios;
- ser sensible a cualquier influencia ejercida sobre su juicio durante el curso de una auditoría.

b) Presentación ecuánime: obligación de reportar con veracidad y exactitud. Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría deberían reflejar con veracidad y exactitud las actividades de la auditoría. La comunicación debería ser sincera, exacta, objetiva, clara y completa.

c) Debido cuidado profesional: la aplicación de diligencia y juicio al auditar. Los auditores deberían proceder con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas.

d) Confidencialidad: seguridad de la información. Los auditores deberían ejercitar la discreción en el uso y protección de la información adquirida en el curso de sus labores. Este concepto incluye el adecuado manejo de información confidencial sensible.

e) Independencia: la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría. Para auditorías internas, los auditores deberían ser independientes de los gerentes operativos de las funciones a ser auditadas. Los auditores deberían mantener una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría estarán basados sólo en la evidencia de la auditoría.

f) Enfoque basado en la evidencia: el método racional para alcanzar conclusiones de auditoría fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático. La evidencia de la auditoría debería ser verificable. En general, está basada en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un período de tiempo delimitado y con recursos finitos.

La norma nos referencia que la alta gerencia debe asegurar que los objetivos del programa de auditoría se hayan establecido y asignar una o más personas competentes para gestionar el programa de auditoría.

El alcance de un programa de auditoría debería estar basado en el tamaño y naturaleza de la organización a ser auditada, así como en la naturaleza, funcionalidad y complejidad y el nivel de madurez del sistema de gestión que se va a auditar.

Se debería dar prioridad a asignar los recursos del programa de auditoría para auditar aquellos temas de mayor significancia dentro del sistema de gestión. Estos pueden incluir las características clave de calidad del producto o los peligros relacionados a salud y seguridad o aspectos ambientales significativos y su control.

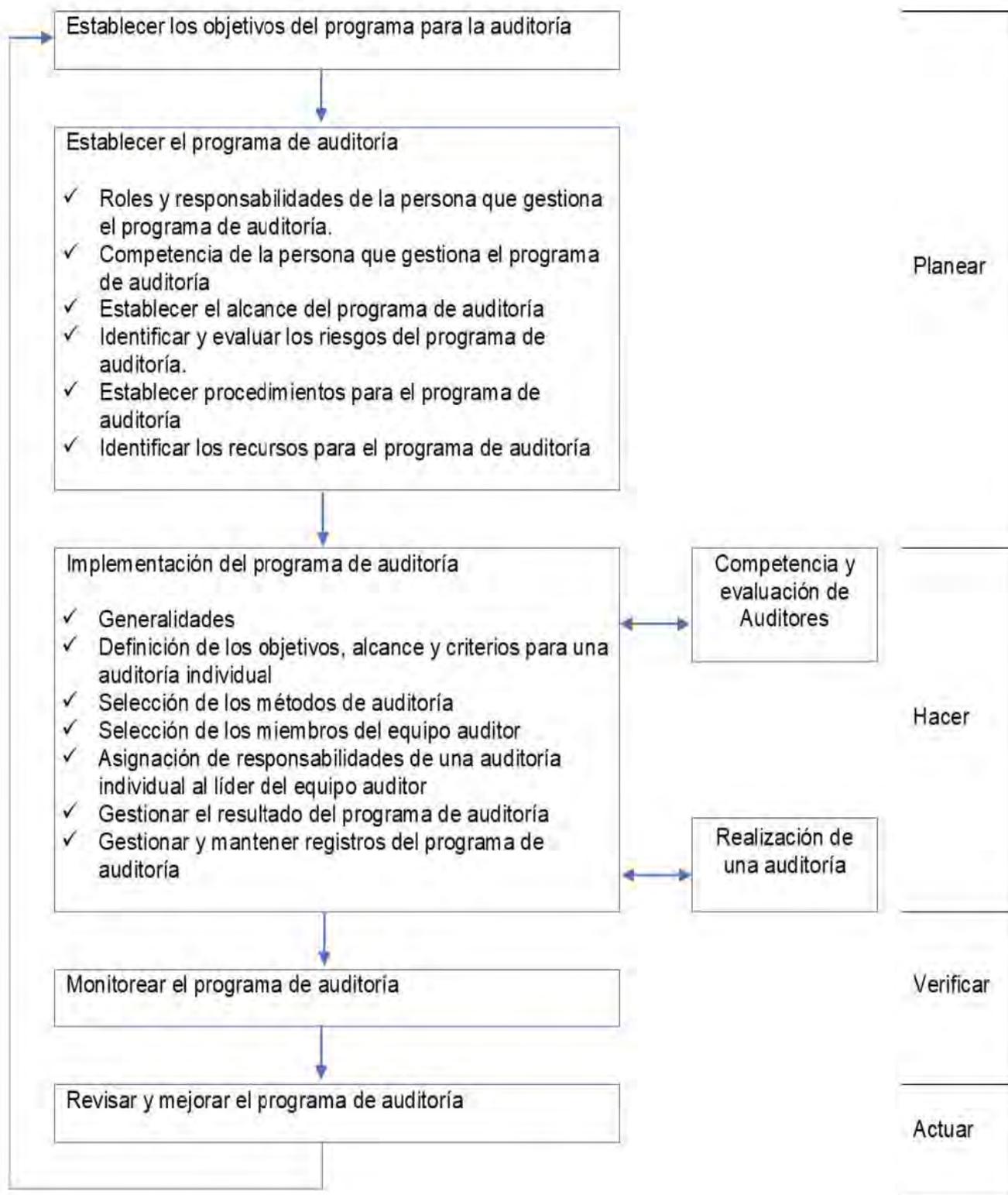
Así como menciona la norma, el programa de auditoría debe incluir la información y recursos necesarios para organizar y conducir las auditorías de manera eficiente dentro de los tiempos especificados y también puede incluir lo siguiente:

- objetivos para el programa de auditoría y auditorías individuales;
- alcance, número, tipos, duración, ubicación y cronograma de las auditorías;
- procedimientos del programa de auditoría;
- criterios de auditoría;
- métodos de auditoría;
- selección de equipos auditores;
- recursos necesarios, incluyendo viajes y hospedaje;
- procesos para manejo de confidencialidad, seguridad de la información, salud y seguridad y otros temas similares.

Como guía la norma, la implementación del programa de auditoría debe ser monitoreado y medido para asegurar que se han alcanzado los objetivos trazados.

El programa de auditoría debería ser revisado para identificar posibles mejoras (ver la siguiente figura).

Figura 15, Diagrama de flujo del proceso para la gestión de un programa de auditoría



Fuente: Elaboración propia Con base en la Norma Internacional ISO 19011, *Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión*, Suiza, 2011, p. 59

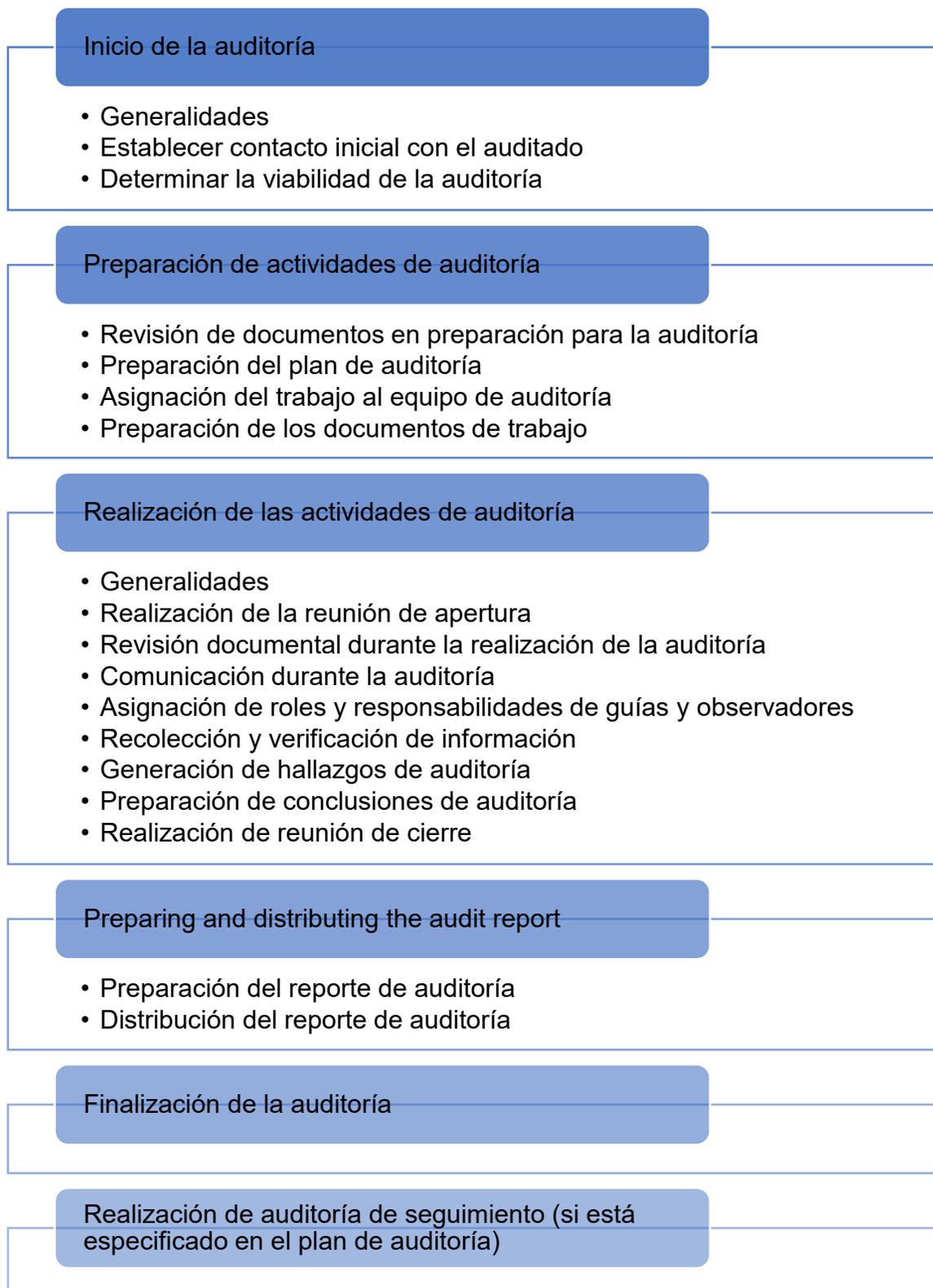
Otros factores que impactan el alcance de un programa de auditoría incluyen los siguientes:

- El objetivo, alcance y duración de cada auditoría y el número de auditorías a llevar a cabo, incluyendo la auditoría de seguimiento, si aplica;
- El número, importancia, complejidad, similitud y ubicaciones de las actividades a ser auditadas;
- Aquellos factores que influyen la efectividad del sistema de gestión;
- Criterios aplicables de auditoría, tales como arreglos planeados para los requisitos de las normas de gestión, requisitos legales y contractuales y otros requisitos a los que la organización está suscrita;
- Conclusiones de auditorías internas y externas previas;
- Resultados de una revisión previa del programa de auditoría;
- Temas de idioma, culturales y sociales;
- Las inquietudes de las partes interesadas, tales como quejas de clientes o incumplimiento de requisitos legales;
- Cambios significativos al auditado o sus operaciones;
- Disponibilidad de la información y tecnologías de comunicación para soportar las actividades de auditoría; en particular, el uso de métodos de auditoría remotos;
- La ocurrencia de eventos internos y externos, tales como falla de productos, fugas de seguridad en la información, incidentes de salud y seguridad, actos criminales o incidentes ambientales.

### *5.2 Realización de la auditoría*

Este apartado proporciona orientación sobre la planificación y forma de llevar a cabo actividades de auditoría como parte de un programa de auditoría. La siguiente figura proporciona una visión general de las actividades de auditoría típicas. El grado de aplicación de las disposiciones de este capítulo depende del objetivo y alcance de cada auditoría específica.

Figura 16, Actividades típicas de auditoría



Los métodos para recolectar información incluyen los siguientes:

- entrevistas;
- observaciones;
- revisión de documentos, incluidos registros.

El equipo de auditoría debe reunirse con la frecuencia que sea necesaria para revisar los hallazgos de auditoría a intervalos adecuados durante la auditoría.

El reporte de auditoría debe ser emitido dentro de un periodo de tiempo acordado. En caso de demoras, las razones deberían ser comunicadas a la persona que gestiona el programa de auditoría. El reporte de la auditoría debe estar fechado, revisado y aprobado, según aplique, de acuerdo con los procedimientos del programa de auditoría.

El reporte de la auditoría debería entonces ser distribuido a los receptores designados en los procedimientos o plan de auditoría.

### *5.3 Competencia y evaluación de auditores*

La fiabilidad en el proceso de auditoría y la habilidad de alcanzar sus objetivos dependen de la competencia de aquellos individuos involucrados en la planeación y realización de auditorías, incluyendo auditores y líderes de equipo auditor.

La competencia debería ser evaluada a través de un proceso que tiene en cuenta el comportamiento personal y la habilidad de aplicar el conocimiento y habilidades ganadas a través de la educación, experiencia laboral, entrenamiento de auditor y experiencia en auditoría.

La evaluación debería ser realizada usando dos o más de los métodos seleccionados de aquellos que aparecen en la Tabla 5. Al usar la tabla se debe tener en cuenta lo siguiente:

- los métodos presentados representan un rango de opciones y pueden no aplicar en todas las situaciones;
- los varios métodos presentados pueden diferir en su confiabilidad;
- se debería usar una combinación de métodos para asegurar un resultado que sea objetivo, consistente, justo y confiable.

Tabla 5, Posibles Métodos de Evaluación

<b>Método de evaluación</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Ejemplos</b>
<i>Revisión de registros</i>	Retroalimentación	Análisis de registros de educación, entrenamiento, empleo, credenciales profesionales y experiencia en auditoría
<i>Retroalimentación</i>	Proporcionar información sobre cómo se percibe el desempeño del auditor	Encuestas, cuestionarios, referencias personales, recomendaciones, quejas, evaluación del desempeño, evaluación entre pares
<i>Entrevista</i>	Evaluar los atributos personales y las habilidades de comunicación, para verificar la información y examinar los conocimientos, y para obtener información adicional	Entrevistas personales
<i>Observación</i>	Evaluar los atributos personales y la aptitud para aplicar los conocimientos y habilidades	Actuación, testificación de auditorías, desempeño en el trabajo
<i>Examen</i>	Evaluar las cualidades personales, los conocimientos y habilidades, y su aplicación	Exámenes orales y escritos, exámenes psicotécnicos
<i>Revisión después de la auditoría</i>	Proveer información sobre el desempeño del auditor durante las actividades de auditoría, identificar fortalezas y debilidades	Revisión del reporte de auditoría, entrevistas con el líder del equipo auditor, con el equipo auditor y, si es adecuado, retroalimentación del auditado.

Fuente: Elaboración propia Con base en la Norma Internacional ISO 19011, *Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión*, Suiza, 2011, 59 pp.

La información recopilada de la persona debería compararse contra los criterios establecidos, cuando una persona que se espera que participe en el programa de auditoría no cumple con los criterios, se debería tomar entrenamiento, trabajo o experiencia de auditoría adicional y se debería llevar a cabo una reevaluación posterior.

Los auditores y los líderes de equipo auditor deberían mejorar continuamente su competencia. Los auditores deberían mantener su competencia de auditoría a través de la participación regular en auditorías a sistemas de gestión y el continuo desarrollo profesional. El continuo desarrollo profesional involucra el mantenimiento y mejora de la competencia. Esto se puede lograr a través de medios tales como experiencia laboral adicional o entrenamiento, estudio, preparación, asistencia a reuniones, seminarios y conferencias u otras actividades relevantes.

La persona que gestiona el programa de auditoría debería establecer mecanismos apropiados para la evaluación continua del desempeño de los auditores y líderes de equipo auditor.

Las actividades de continuo desarrollo profesional deberían tener en cuenta lo siguiente:

- Cambios en las necesidades del individuo y la organización responsable de realizar la auditoría;
- La práctica de auditoría;
- Normas y otros requisitos relevantes.

En el siguiente capítulo iniciaremos con el desarrollo y análisis de datos en consideración con todo nuestro marco teórico mencionado.

## CAPÍTULO SEXTO. - DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

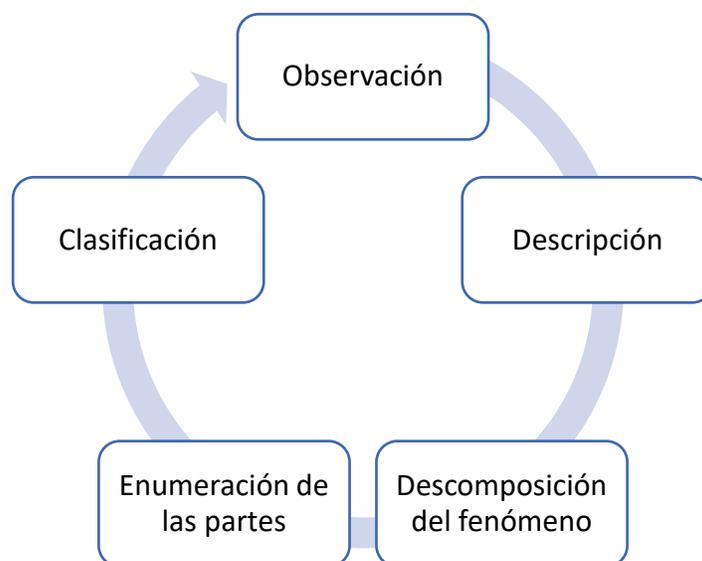
La calidad en los servicios es un problema de técnicas, trabajo en equipo y relaciones humanas; para recabar información, analizarla de forma fiable y tomar decisiones de cambio hacen falta método, sistema, estrategia, buen entrenamiento de solución de problema, rediseño de procesos, toma de decisiones y mejora continua.

### 6.1 Tipo de estudio

De acuerdo con los apuntes de Sampieri,<sup>115</sup> el método que se define para la presente investigación es de análisis y síntesis puesto que:

- Análisis, al descomponer los elementos, es decir, inicia con una identificación de cada una de las partes para establecer las causas–efecto entre los elementos como lo son la identificación de procesos de auditoría interna y como ellos se reflejan en la calidad prestada a los usuarios. Se identificarán las normas o procedimientos sobre los cuales se rigen, las leyes sobre las cuales se guían, las relaciones y controles que conllevan al servicio de los usuarios. Se realizará:

*Figura 17, Análisis de investigación*



Fuente: Elaboración propia Con base en Hernández Sampieri Roberto, et al., *Metodología de la investigación*, pp. 189-206 y Méndez Ramírez et al., *El protocolo de investigación*, pp. 11-13. Citado por la Dra. María Hortensia Lacayo Ojeda en el material de apoyo para la presentación de la bibliografía y de las citas y notas a pie de página, pp. 53-55

<sup>115</sup> Fueron desarrollados con Hernández Sampieri, Roberto, et al., *Metodología de la investigación*, pp. 189-206 y Méndez Ramírez et al., *El protocolo de investigación*, pp. 11-13. Citado por la Dra. María Hortensia Lacayo Ojeda en el material de apoyo para la presentación de la bibliografía y de las citas y notas a pie de página, pp. 53-55

- Síntesis, inicia con un conocimiento de la situación en que se encuentran las Instituciones Públicas del Sector Salud seleccionadas iniciando con los elementos más simple y que de manera gradual nos llevarán a conocer los más frecuentes.

Se realizará una síntesis con un análisis previo que arroje a la realidad en la que se encuentran las instituciones en consideración al tema de auditoría y calidad, así se complementarán para lograr obtener la información pertinente, necesaria y suficiente.

Se realizará una investigación que de acuerdo con el tipo de inferencia que es:

- ✓ Observacional, ya que no se pretende alterar ninguna de las variables, sólo se pretende describir, medir y explicar el comportamiento de la Instituciones Públicas del Sector Salud y cómo esto recae en la calidad que mide el usuario o paciente.

Considerando la evolución del fenómeno el estudio es

- ✓ Transversal o Transeccional, se proyecta crear un instrumento de medición el cual será utilizado una sola vez en las Instituciones seleccionadas, este instrumento medirá el alcance de la auditoría interna y corroborará si se garantiza la calidad.

De acuerdo con la comparación de las poblaciones:

- ✓ Descriptivo, se considera así ya que al delimitar que son Instituciones Públicas del Sector Salud y que al considera al IMSS, ISSSTE y Seguro Social, como variables donde buscamos ver como aplican la auditoría y si garantiza la calidad como parte del universo y no como comparativo entre ellas.<sup>116</sup>

## *6.2 Selección de la muestra*

El tipo de muestreo realizado es un muestreo no probabilístico de nombre selección causal, esto significa que sólo se incluye al estudio aquellos datos que son accesibles a la investigación.

Nuestro interés se centra en el tercer nivel de las instituciones públicas de sector salud o bien en nivel de sub especialidades, para soportar este trabajo escrito se elaboraron y

---

<sup>116</sup> Fueron desarrollados con Hernández Sampieri, Roberto, et al., Metodología de la investigación, pp. 189-206 y Méndez Ramírez et al., El protocolo de investigación, pp. 11-13. Citado por la Dra. María Hortensia Lacayo Ojeda en el material de apoyo para la presentación de la bibliografía y de las citas y notas a pie de página, pp. 53-55

aplicaron una serie de cuestionarios (ver anexos 1: Cuestionario para aplicarse al responsable del OIC, anexo 2: Cuestionario para aplicarse a los responsables de área y anexo 3: Cuestionario para aplicarse a pacientes y/o usuarios), aplicados a instituciones públicas del sector salud de tercer nivel de manera personal, en la ciudad de México y en el caso del IMSS se eligió al hospital con mayor número de subespecialidades por lo que la muestra quedó a:

- Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”
- Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI
- Hospital Centro Médico Nacional 20 de noviembre

Como se muestra en el cálculo de muestras representativas, el cálculo del tamaño de muestra se hace de la siguiente manera: Consideramos un 95% de grado de confianza y un error de estimación del 5%. Tomando la fórmula siguiente para poblaciones finitas:

$$n = \frac{3.84N(pq)}{E^2(N - 1) + 3.84(pq)}$$

En dónde:

n = Tamaño de la muestra.

3.84 = Factor del coeficiente de confianza \*

N = Universo o Población, para nuestro caso es 3.

E = Error de estimación.

p = Probabilidad a favor de la hipótesis, para nuestro caso 95%.

q = Probabilidad en contra de la hipótesis 5%

Nota \*, este factor se obtiene mediante el manejo de la tabla de áreas bajo la curva normal tipificada de 0 a Z. ... sustituyendo valores tenemos los siguientes resultados:

Universo de Personal Operativo <sup>-2/</sup>: 3

NIVEL DE CONFIANZA	PROBABILIDAD DE ERROR	PRECISIÓN	TAMAÑO DE LA MUESTRA
		5%	3
		4%	3
95%	5%	3%	3
		2%	3
		1%	3

La muestra quedó reducida a solo dos de los tres hospitales seleccionados puesto que no se logró concretar el acceso para aplicar los cuestionarios al Hospital Centro Médico Nacional 20 de noviembre, por lo que la muestra seleccionada sólo incluyó al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI, siendo estos los hospitales a los cuales nos interesa conocer y recabar información de todas las partes que componen el ciclo de auditoría como se muestra en la siguiente figura:

Figura 18, Partes del ciclo de auditoría



Fuente: Elaboración propia Con base en Hernández Sampieri et al., *Metodología de la investigación*, pp. 189-206 y Méndez Ramírez et al., *El protocolo de investigación*, pp. 11-13. Citado por la Dra. María Hortensia Lacayo Ojeda en el material de apoyo para la presentación de la bibliografía y de las citas y notas a pie de página, pp. 53-55

Los cuestionarios fueron aplicados de manera personal, como se muestra a continuación:

Tabla 6, Universo de la investigación

Hospital	Responsable de la Auditoría (OIC)	Responsables del área	Pacientes y/o usuarios
<i>Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”</i>	1	26	53
<i>Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI</i>	2	31	107
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>57</b>	<b>160</b>

Fuente: Elaboración propia

Inicialmente se consideró una muestra de 54 pacientes en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI, pero a sugerencia del director de calidad decidimos ampliar la muestra a 107 pacientes que dio resultados de dos selecciones causales y en consideración con la facilidad de la toma de la muestra, por lo que accedimos con la petición.

Si planteamos la pregunta de ¿Por qué una población (universo) tan pequeña si el número de áreas o bien el número de pacientes es mayor o puede ser mayor? La respuesta es simple, considerar una población mayor requeriría tiempo a invertir en dicha investigación quizá se podría prolongar, además de que no se logró la aceptación de todas las instituciones como se deseaba.

No logramos la aceptación de todas las instituciones puesto que durante una comunicación perseverante de más de 2 meses y de darle un constante seguimiento no se logró concretar el acceso para aplicar los cuestionarios al Hospital Centro Médico Nacional 20 de noviembre por lo que se optó por generar un comparativo.

Los encargados de los diferentes procesos de los hospitales seleccionados para realizar la investigación ven a la auditoría interna como una forma de contar con una visión externa que les permite observar con detenimiento cada proceso y así de esta forma poder identificar las áreas a mejorar para lograr una mayor eficiencia de este, por lo que en el siguiente apartado se muestran los datos obtenidos de la serie de cuestionarios aplicados de manera estratégica.

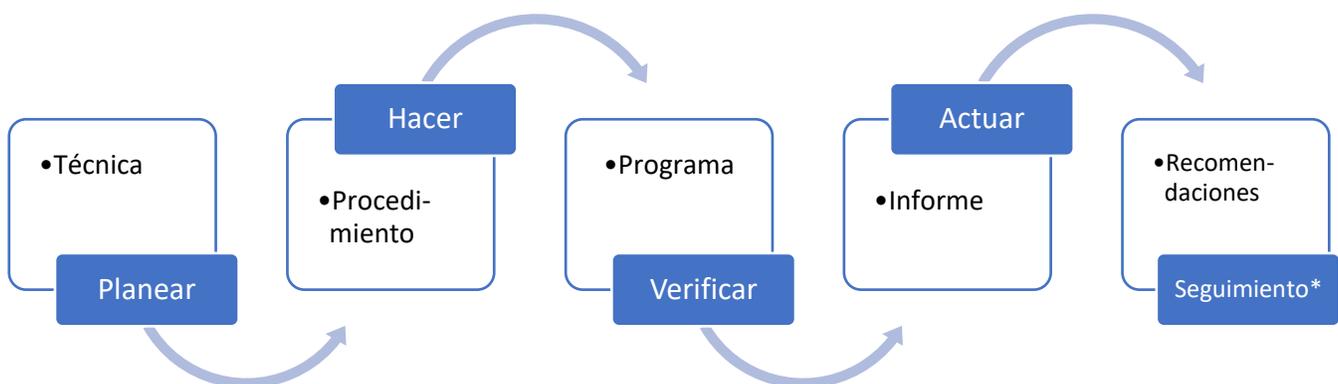
## ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para proceder al análisis de resultados dividiremos este apartado en dos partes, lo que implica realizar un análisis de cada hospital de manera individual y a su vez por cada tipo de cuestionario. Como mencionamos anteriormente, son tres tipos de cuestionarios mismo que se dirigen/aplican a distintos niveles jerárquicos dentro de los hospitales, así como en los pacientes y/o usuarios; para después hacer un comparativo.

A continuación, mencionaremos la base de cómo se aplicó cada cuestionario y como se decidió proceder para generar el análisis de datos.

Partimos de la noción de que la ISO 19011 marca como clave 4 etapas en una auditoría que son planear, hacer, verificar y actuar, mismas que ligaremos a la metodología genérica mencionada en el apartado de este trabajo: 2.4 Metodología genérica para la auditoría interna, el cual se resume en técnica, procedimientos, programa, informe y recomendaciones, que si bien se relaciona como se muestra a continuación:

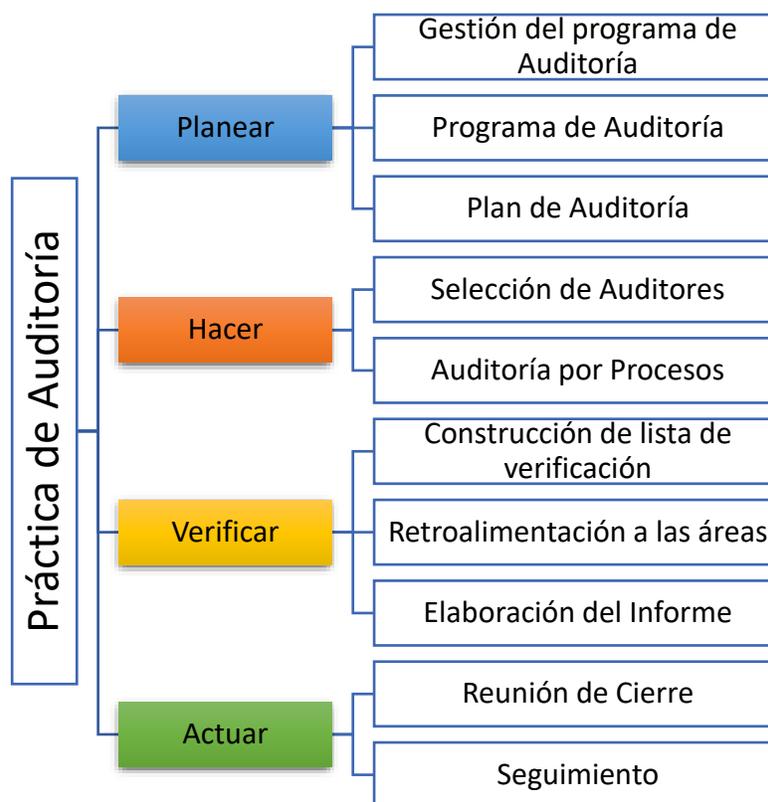
*Figura 19, Etapas de la Auditoría*



Fuente: Elaboración propia con base en Eduardo Hevia Vázquez, Fundamentos de la auditoría Interna, España, s/año, 301 pp. y en la Norma Internacional ISO 19011, Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, Suiza, 2011, p. 59

En consideración con esta unión se decidió desglosar la práctica de la auditoría que se muestra en la figura 5 que se tomó como base para la construcción de los cuestionarios, se encuentra dividida en nueve fases, fases que consideramos deberían aplicarse en toda auditoría, que tienen como propósito evaluar la eficiencia y eficacia de los controles establecidos en los procesos de la institución y que se muestran a continuación:

Figura 20, Fases de la auditoría



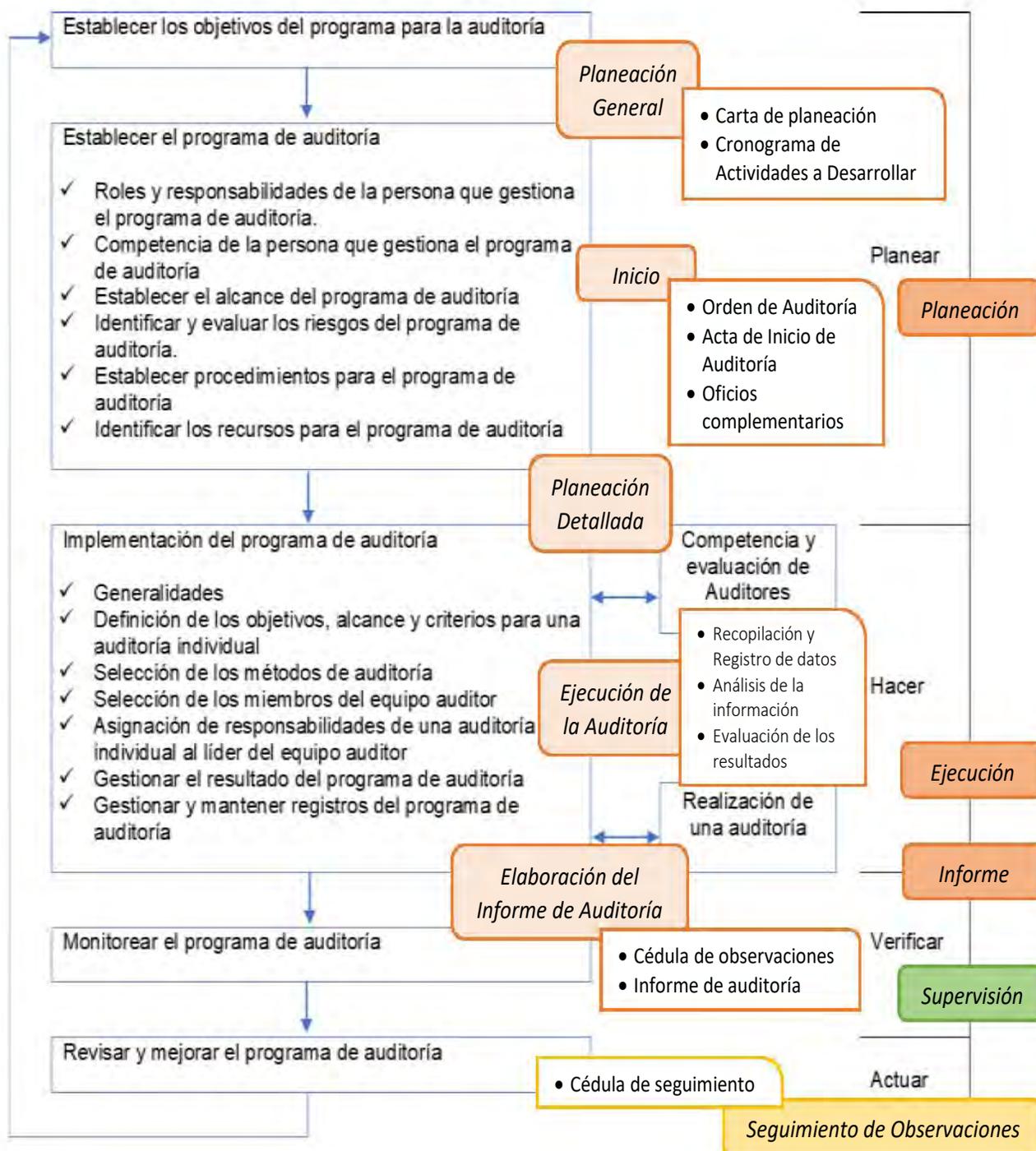
Fuente: Elaboración propia con base en Rodrigo Estupiñán Gaitán. *Administración de riesgos E. R. M. y la auditoría interna*, México, 2015, Pp. 229-231 y en la Norma Internacional ISO 19011, Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, Suiza, 2011, p. 59

Esta figura muestra de forma concisa la práctica correcta de una auditoría y por ello se seleccionaron estas prácticas, para la creación del cuestionario a los responsables de la auditoría y para corroborar que se cumple el proceso creamos preguntas que reconocen cada parte de proceso a través del cuestionario aplicado a los responsables de área.

La siguiente figura muestra la unión del procedimiento de auditor en el ciclo de auditoría con base a la norma ISO 19011 en su versión 2011 y los contraponemos con la Guía General de Auditoría Pública emitida en marzo de 2018, de acuerdo con lo antes mencionado en el apartado 2.5, el procedimiento que aplica la guía general es similar al de la norma ISO 19011, las diferencias se dan bajo los nombres que se designan o bien sobre formatos predeterminados en cada parte del proceso, lo que hace que la Función Pública sea más cómodo evaluar la efectividad de la administración, reducir los niveles de corrupción y consolidar la transparencia, además de que crea un estándar o patrón en

la práctica de la auditoría para vigilar la actuación de las instituciones en apego a la legalidad como se muestra en la siguiente figura:

Figura 21, Programa para el ciclo de auditoría



Fuente: Elaboración propia Con base en la Norma Internacional ISO 19011, Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión, Suiza, 2011, p. 59 y en la Secretaría de la Función Pública, Guía General de Auditoría Pública, Subsecretaría de Control y Auditoría de la Gestión Pública, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, 2018, p. 8

A continuación, presentaremos la siguiente tabla que muestra el cumplimiento del procedimiento de auditoría, con base en las respuestas recibidas por los responsables de la auditoría en cada institución.

*Tabla 22, Cumplimiento con los procedimientos de auditoría*

<b>Procedimiento</b>	<b>Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”</b>	<b>Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI</b>	
		<b>Función Pública</b>	<b>Calidad</b>
<b>Gestión del programa de auditoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Impacto de auditoría</i></li> <li>• <i>Comunicación con la organización</i></li> <li>• <i>Disponibilidad de recursos</i></li> </ul>	Muy alto  Siempre  Siempre	Bajo  Algunas veces  Algunas veces	Medio  Casi Siempre  Siempre
<b>1) Programa de auditoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se cuenta con programa</i></li> <li>• <i>Los auditados conocen el programa</i></li> <li>• <i>Se cuenta con manuales de auditoría</i></li> </ul>	Si  No  Si	Si  Si  Si	Si  No  Si
<b>2) Plan de Auditoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se notifica con antelación</i></li> <li>• <i>Se llevan reuniones de retroalimentación</i></li> <li>• <i>Se llevan reuniones de apertura o inicio</i></li> <li>• <i>Cuenta con lista de verificación</i></li> <li>• <i>Cuenta con planes de muestreo</i></li> </ul>	No  Siempre  Siempre  Si  Si	Si  Siempre  Siempre  Si  Si	Si  Siempre  Pocas veces  Si  Si
<b>3) Selección de auditores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nivel promedio de estudios</i></li> <li>• <i>Años promedio de experiencia</i></li> <li>• <i>Consideración del nivel de competencia</i></li> </ul>	Licenciatura  1 a 3  Muy bueno	Licenciatura  5 a 10  Regular	Licenciatura  Más de 10  Regular

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuentan con perfiles definidos</i></li> <li>• <i>Cuenta con auditores con formación médica</i></li> <li>• <i>Los auditores cuentan con capacitación médica</i></li> </ul>	No	Si	No
	Si	Si	Si
	Si	Si	Si
4) Auditoría por procesos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cuenta con enfoque basado en procesos</i></li> <li>• <i>Están definidas etapas del proceso</i></li> <li>• <i>Están definidas las responsabilidades</i></li> <li>• <i>Existe registro de validación</i></li> <li>• <i>Se solicita la evidencia por escrito</i></li> </ul>	Si	Si	Si
	Si	Si	Si
	Si	Si	Si
	Si	Si	No
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces
5) Construcción de lista de verificación			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Realiza recolección de evidencia</i></li> <li>• <i>Hacen análisis a partir de la evidencia</i></li> <li>• <i>Se emprende acciones a partir del análisis</i></li> </ul>	Siempre	Casi siempre	Siempre
	Siempre	Siempre	Siempre
	Siempre	Casi siempre	Casi siempre
6) Retroalimentación a las áreas			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Se informa a las áreas de los hallazgos</i></li> <li>• <i>Lleva a cabo reuniones de confronta</i></li> <li>• <i>Existe retroalimentación con las áreas</i></li> </ul>	Siempre	Casi siempre	Siempre
	Siempre	Siempre	Casi siempre
	Siempre	Casi siempre	Siempre
7) Elaboración del informe			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Presenta el informe antes de la reunión de cierre</i></li> <li>• <i>Presenta las no conformidades</i></li> <li>• <i>Envía informe de auditoría a las áreas</i></li> </ul>	Siempre	Siempre	Siempre
	Siempre	Siempre	Siempre
	Siempre	Siempre	Casi siempre
8) Reunión de cierre			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informan las oportunidades de mejora</i></li> </ul>	Siempre	Casi siempre	Siempre

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Envía copia de no conformidades</i></li> <li>• <i>Valida las no conformidades</i></li> <li>• <i>Solicita se emprendan acciones correctivas</i></li> </ul>	Siempre	Casi siempre	Casi siempre
	Siempre	Siempre	Siempre
	Siempre	Casi siempre	Siempre
<b>9) Seguimiento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Existe plan de seguimiento</i></li> <li>• <i>Estipula plazos para las mejoras</i></li> </ul>	Si	Si	Si
	Siempre	Siempre	Casi siempre

Fuente: Elaboración propia

En seguimiento a los cuestionarios aplicados a los responsables de la auditoría, mostraremos una comparación sobre las prácticas de cada hospital con relación a las preguntas abiertas que fueron aplicadas a cada responsable del área de auditoría.

Denominaremos **HGM** al Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y **siglo XXI** o **XXI** en la demonización de las gráficas presentadas más adelante al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI.

Los hospitales inician sus procesos de auditoría a partir de su acta de apertura, mismo que se modificó y actualizó en el HGM en el año de 2012; adicionalmente en el 2010 el siglo XXI recibe apoyo de la división de calidad y por parte del HGM cuenta con un Órgano de Control Interno y el siglo XXI con la División de Calidad.

Ambas áreas se encuentran en apego a la Secretaría de la función pública y trabajan bajo la Guía General de Auditoría Pública, que su parte la división de calidad del siglo XXI se encuentra bajo la supervisión de la dirección general.

#### 1) Programa de auditoría

El HGM realiza la programación cada noviembre y se realiza bajo la aprobación y apego a la Secretaría de la Función Pública, no así el siglo XXI que lo realiza de manera trimestral, mientras que su área de calidad lo hace de forma anual y mensual.

Los objetivos principales del área de auditoría del HGM son reducir riesgos, verificar que los recursos sean aplicados de acuerdo con la ley y que el servicio prestado sea de calidad; el siglo XXI tiene como prioridad identificar posibles deficiencias y contribuir a la mejora de los servicios de salud apoyado con el área de calidad que busca mejorar la calidad y seguridad del paciente. La selección de auditores se hace conforme a prioridades y magnitud de la auditoría en ambos hospitales.

## 2) Plan de auditoría

Las órdenes de auditoría se giran por medio de un oficio y el siglo XXI además realiza notificaciones telefónicas, mientras que la asignación de auditores se realiza por oficios de designación y debe de contar con un coordinador y un grupo de auditores.

Los objetivos y alcances de auditoría se realizan por parte del siglo XXI conforme a las necesidades detectadas o áreas de riesgos identificadas y el HGM con base en el taller de enfoque estratégico que define los criterios que delimitan el número de auditorías necesarias y a que áreas deben de realizarse.

El siglo XXI realiza revisiones documentales como lo son contratos, facturas, estados financiero y/o contables, así como carpetas directivas (programas de trabajo); por su parte el HGM retoma auditorías anteriores, medidas correctivas y si son nuevas auditorías se dirigen a los procesos sobre los que operan en las áreas.

El HGM utiliza cédulas de auditoría y papeles de trabajo, de manera sumaria y analítica los formatos y registros para para documentar los resultados de la auditoría, por su parte el siglo XXI elabora reportes y listados que se soportan con la documentación recibida por el área auditada, además de carácter documental en una hoja de revisión o recorrido y herramientas electrónicas.

El siglo XXI considera como técnicas, métodos o procedimientos de auditoría a programas específicos, sectoriales, programas anuales, listas de verificación, análisis de indicadores y evidencias fotográficas mientras que el HGM se apega a la guía de auditoría de la función pública.

### 3) Selección de auditores

En ambas instituciones se cuenta con auditores con un nivel promedio de licenciatura y experiencia previa.

El siglo XXI considera como regular las competencias de auditoría mientras el HGM lo considera muy bueno con base a capacitaciones contante y cursos a los que asisten que se proporcionan por parte de la institución y de la función pública, así como que no se especializan en una sola área o proceso en específico.

Los auditores cuentan con capacitaciones médicas y/o formación médica.

### 4) Auditoría por procesos

El siglo XXI realiza un enfoque actual de auditoría de forma preventiva y de resultados, el HGM lo hace por contribución y cumplimiento de metas (indicadores).

### 5) Construcción de lista de verificación

Las instituciones tienen listas de verificaciones prediseñadas.

### 6) Retroalimentación a las áreas

En los hospitales se mantienen informadas a las áreas sobre los hallazgos identificados, llevan a cabo reuniones para verificar las no conformidades, así como retroalimentaciones a las áreas; esto se lleva a través de respuestas de preguntas, asesorías, capacitación y acompañamiento por parte del siglo XXI mientras que el HGM lo hace con base a lo que se revisa en el momento.

### 7) Elaboración del informe

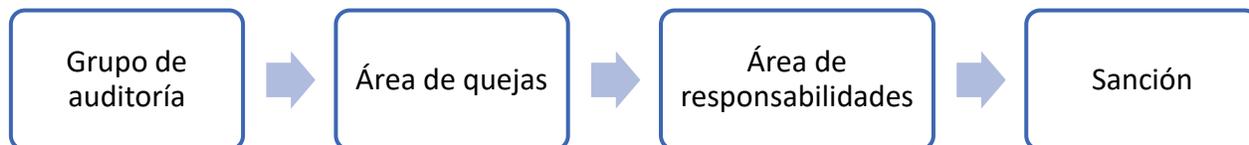
el informe en las instituciones se base en las cédulas como lo establece la Guía General de la función Pública, que son agregadas al informe.

### 8) Reunión de cierre

El HGM informa sobre la reunión de cierre de forma inmediata o con un día de anticipación para definir el día y la hora, mientras que el siglo XXI lo hace con un día o

dos de anticipación. En ambos hospitales se hacen informes de manera ejecutiva y extensa; el ejecutivo con la firma y el extenso que incluye todo.

Entrega copia del reporte de conformidades siempre con las observaciones correctivas y no preventivas, el HGM menciona que cuando ya no se puede corregir se remite por parte del grupo de auditores al área de quejas, si existen responsabilidades se transfieren al área de responsabilidades para la sanción.



Fuente: Elaboración propia

### 9) Seguimiento

El seguimiento de auditoría es realizado en el siglo XXI por parte del jefe de calidad o bien por el auditor designado en el siglo XXI, mientras que en el HGM es realizado por el grupo de auditoría y en especial por el coordinador con un periodo de 45 días para las correcciones pertinentes.

El siglo XXI hace mención que como sugerencias de mejora se debería seguir un sistema que permita hacer más ágil la atención y seguimiento a las unidades auditas y un número mayor de personal para cubrir las auditorías ya que cuentan con 323 camas censables y 126 no censables.

Con lo anterior la auditoría interna no sólo es un procedimiento para mantener a las instituciones certificadas, si no es una herramienta de gran utilidad para ayudar a mejorar continuamente a los procesos llevados a cabo en el seno de los hospitales.

En el siguiente apartado se muestra los resultados obtenidos de cada hospital.

### I. Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

Con base a las respuestas obtenidas de los cuestionarios aplicados a los responsables de las áreas sobre cómo consideran los encuestados a la auditoría en la mejora de los servicios que ofrecen las instituciones, en su mayoría con un 54% considera que es *bueno*, con respecto a la comunicación que existe entre el auditor y las áreas auditadas, 46% de la muestra la considera como *bueno*. El promedio de auditorías que reciben las áreas es de 1 a 3 auditorías a sus procesos en un año de auditoría.

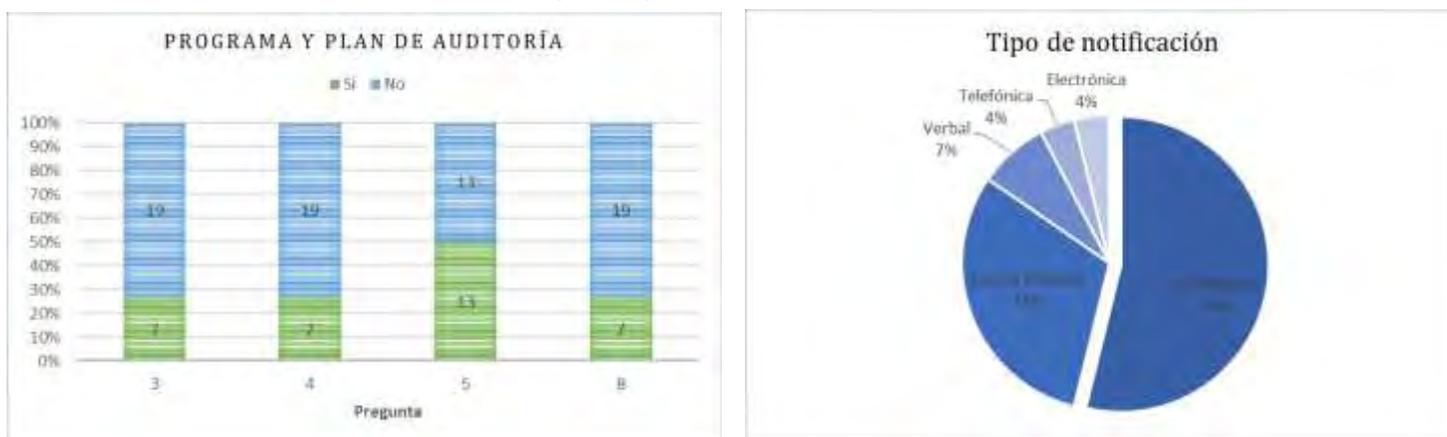
Gráfica 4, HGM: Impacto y comunicación del área de auditoría



Fuente: Elaboración propia

El 75% de los responsables encuestados confirman no recibir la programación del ciclo de auditoría así como que no conocen el programa de auditoría. El 50% confirma que es notificado con antelación sobre las auditorías y requerimientos realizadas a sus respectivas áreas; el 46% confirman que reciben notificaciones y de este porcentaje el 31% lo reciben de forma escrita por medio de oficios.

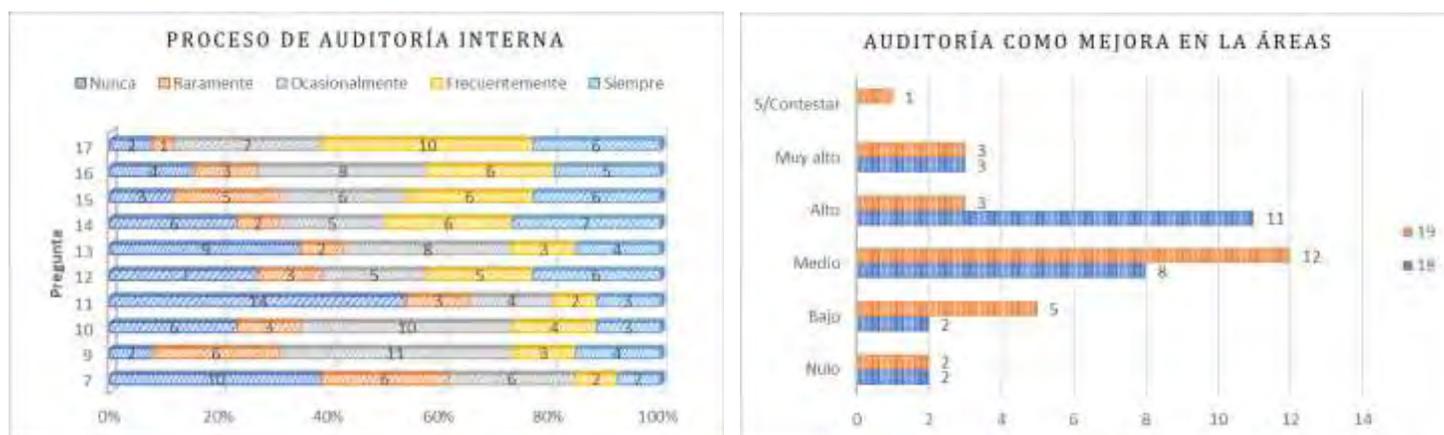
Gráfica 5, HGM: Impacto y comunicación del área de auditoría



Fuente: Elaboración propia

El 60% confirman que *nunca o raramente* participan en reuniones de aperturas de auditoría y un 75% corroboran que no asisten a reuniones de confronta o revisión de situaciones potenciales de No conformidad u observaciones durante la auditoría.

Gráfica 6, HGM: Proceso de Auditoría Interna



Fuente: Elaboración propia

Con respecto al tema de mantener informados a los responsables de área sobre los hallazgos identificados durante la auditoría, el 42% ratifican que sucede *ocasionalmente* y que la retroalimentación por los auditores es del 38% de forma *ocasionalmente*.

En consideración a la participación en las reuniones de cierres de auditoría, los responsables de área, el 54% indican *nunca* asistir, mientras que con respecto a recibir el informe de auditoría podríamos decir que la mitad *siempre o frecuentemente* recibe el informe de auditoría y la otra mitad *nunca u raramente*.

En relación con la validación de la no conformidad u observación con los auditores y sobre presentar evidencia los responsables de la auditoría, al 35% *nunca* le dan opción de entregar, al 50% de los responsables *frecuentemente o siempre* les solicitan emprendan acciones correctivas para las observaciones identificadas y el 70% es informado sobre las mejoras halladas durante la auditoría de forma *ocasional, frecuentemente y siempre*.

El 73% reafirma que *algunas veces, casi siempre y siempre* el grupo de auditoría evalúa el cumplimiento de las acciones correctivas.

El 88% de los responsables afirman de forma positiva que la auditoría ayuda para la mejora de sus áreas por lo que, sí impacta en la mejora de la calidad, un 85% consideran que es *medio, alto y muy alto*; y por último los responsables consideran como nivel *medio* a los auditores con respecto a los conocimientos sobre los procesos que auditan en sus respectivas áreas con un 46%.

Con seguimiento a las respuestas obtenidas por los cuestionarios aplicado a los pacientes y/o usuarios, el 73% consideran que es *bueno o excelente* la calidad del servicio prestado por el personal de la institución, el 57% califican como *correcto, bueno o excelente* la rapidez con que son atendidos; el 59% considera como *bueno o excelente* el tiempo de atención prestadas y la comunicación que existe entre el personal que labora en la institución.

Gráfica 7, HGM: Servicios prestados por la institución



Fuente: Elaboración propia

Con un 34% los usuarios consideran como *buenas* las instalaciones de la institución y un 42% los pacientes consideran como *bueno* la calidad en la atención médica; en general los pacientes con un 51% consideran que el servicio que recibieron es *bueno*.

Con base a los resultados el 57% de los pacientes han percibido mejoras en sus últimas vistas y el 83% expresan que la institución mejora la situación de salud o enfermedad por la que asisten.

Para finalizar con el análisis de este cuestionario, los pacientes sugieren mejorar *la amabilidad de los vigilantes y enfermeras* con mayor número de sugerencias, seguidos de *mejorar la limpieza en la institución, mejorar la comunicación a los familiares sobre la información sobre los pacientes y proporcionar medicamentos*.

Gráfica 8, HGM: Aspectos de mejora



Fuente: Elaboración propia

## II. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI

Con base en las respuestas obtenidas de los cuestionarios aplicados a los responsables de las áreas sobre como consideras estos a la auditoría en la mejora de los servicios que ofrecen las instituciones, el 58% consideran *bueno* el impacto de la auditoría en la mejorar de sus servicios que ofrecen en la institución, por su parte el 81% considera como *regular* y *bueno* la comunicación que tienen con el área de auditoría y el 52% de los responsables de área reciben de 1 a 3 evaluaciones de auditorías a sus procesos.

Gráfica 9, Siglo XXI: Impacto y comunicación del área de auditoría



Fuente: Elaboración propia

El 84% de los encuestados afirman *no* recibir la programación anual, así como el plan de auditoría; el 52% de la muestra son notificados con antelación sobre el plan de auditoría y los requerimientos de este, de este 52% confirman que reciben notificación a través de escritos, de forma verbal o bien de forma electrónica.

Gráfica 10, Siglo XXI: Impacto y comunicación del área de auditoría



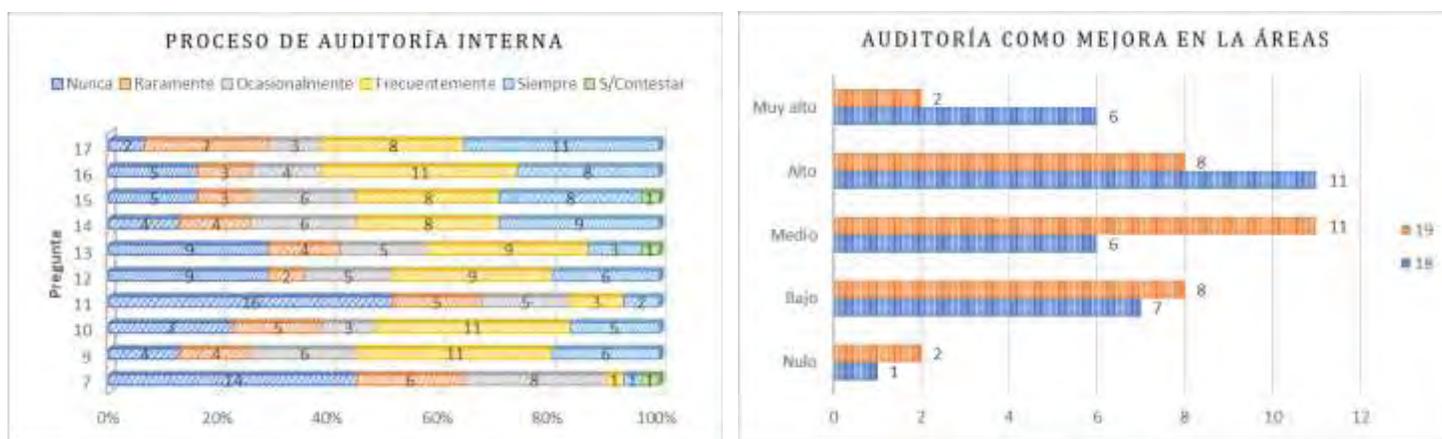
Fuente: Elaboración propia

Sobre si se llevan a cabo de reuniones de confronta o revisión de situaciones potenciales de no conformidad u observaciones con los auditores, el 61% afirman que *no* se llevan.

El 45% *nunca* participan en reuniones de apertura de auditoría, el 55% *frecuentemente* o *siempre* se les mantiene informados sobre los hallazgos identificados durante la misma; el 52% *frecuentemente* o *siempre* reciben retroalimentación por parte del grupo de auditoría y el 52% *nunca* participan en las reuniones de cierre.

En relación con recibir el informe de auditoría y sobre las no conformidades, además de sobre si le permiten que presente evidencia objetiva de conformidad no observadas por el equipo de auditoría un 29% dicen nunca le permiten recibir o validar y otro 29% que *frecuentemente* le permiten recibir o validarla.

Gráfica 11, Siglo XXI: Proceso de Auditoría Interna



Fuente: Elaboración propia

Sobre si a los responsables de área se les informa las oportunidades de mejoras halladas durante la auditoría, el 55% respondió que *frecuentemente* o *siempre* y el 52% ratifican que *frecuentemente* o *siempre* evalúan el cumplimiento de las acciones correctivas requeridas por el área de auditoría.

El 36% aseveran que *casi siempre* el grupo de auditoría evalúa el cumplimiento de las acciones correctivas requeridas en la auditoría y un 36% confirman como *siempre* que la auditoría ayuda a la mejora de sus áreas.

Para concluir el análisis sobre este cuestionario, el 36% considera como *alto* el impacto de la auditoría en la mejorar la calidad de los servicios que ofrecen y con 36 % calificando como *medio* el conocimiento de los auditores sobre los procesos auditados a sus áreas.

Como resultado a los cuestionarios aplicados a los pacientes, en consideración con la calidad del servicio prestado por la institución, el 57% lo considera como *bueno*, el 11% consideran como *mal* el servicio en consideración a la rapidez con la que es atendido.

El 52% de la muestra consideran *bueno* el tiempo de atención prestado y un 44% califican como *bueno*, la comunicación entre el personal que la labora dentro de la institución.

Gráfica 12, Siglo XXI: Servicios prestados por la institución



Fuente: Elaboración propia

Los pacientes consideran con un 76% como bueno y excelente a las instalaciones de la institución, el 94% considera que la calidad en la atención médica es *bueno* y *excelente*; y con un 57% como *bueno* el servicio en general.

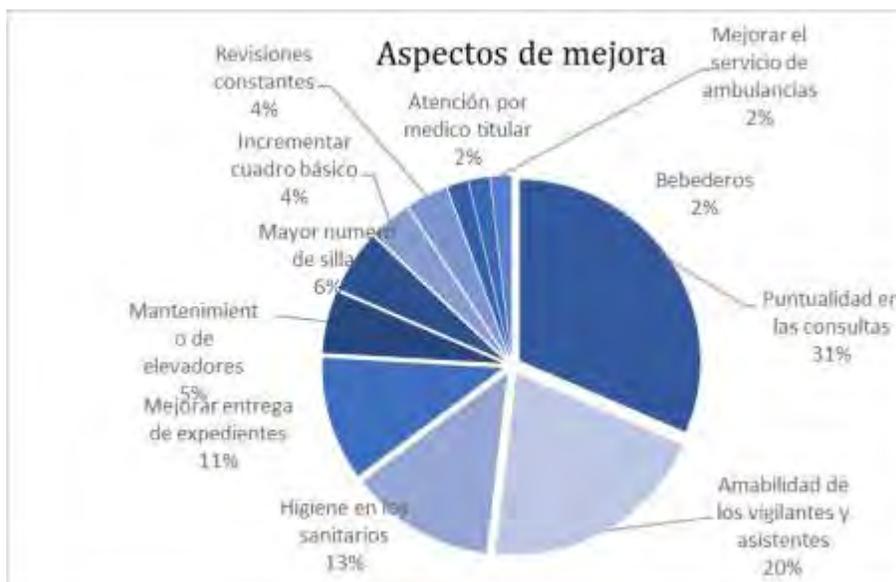
Gráfica 13, Siglo XXI: Mejoras y solución por el servicio



Los resultados revelan que el 50% de los pacientes notan mejoras dentro de la institución y que el 83% de la muestra confirman que solucionan la situación de salud o enfermedad por la que asisten.

Para finalizar con el análisis de este cuestionario, los usuarios plantean como mejoras que pueden elevar la calidad en la institución como la puntualidad en las consultas que genera retrasos y espera de 2 hasta 5 horas, así como mejorar por parte del personal de seguridad y de las asistentes con lo que atañe a su amabilidad y el respeto a los pacientes; además la limpieza de los sanitarios y la mejora del proceso de entrega de expedientes.

*Gráfica 14, HGM: Aspectos de mejora*



Fuente: Elaboración propia

### III. Comparativo

Para este análisis presentamos el comparativo con base a los porcentajes que reflejo cada muestra. De acuerdo en cómo consideran los responsables de área el impacto que genera la auditoría para una mejora en los servicios en ambos hospitales, la mitad de la muestra considera que es buena, pero aproximadamente un 25% consideran que es regular o mala por lo que la auditoría no refleja la garantía que se planea en esta tesis con respecto a la calidad en los servicios prestados a los pacientes.

**Gráfica 15, Impacto del área de auditoría**



Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos con respecto a la comunicación entre los responsables de áreas y el grupo de auditoría que es de aproximadamente un 40% como regular y mala.

**Gráfica 16, Comunicación con el área de auditoría**

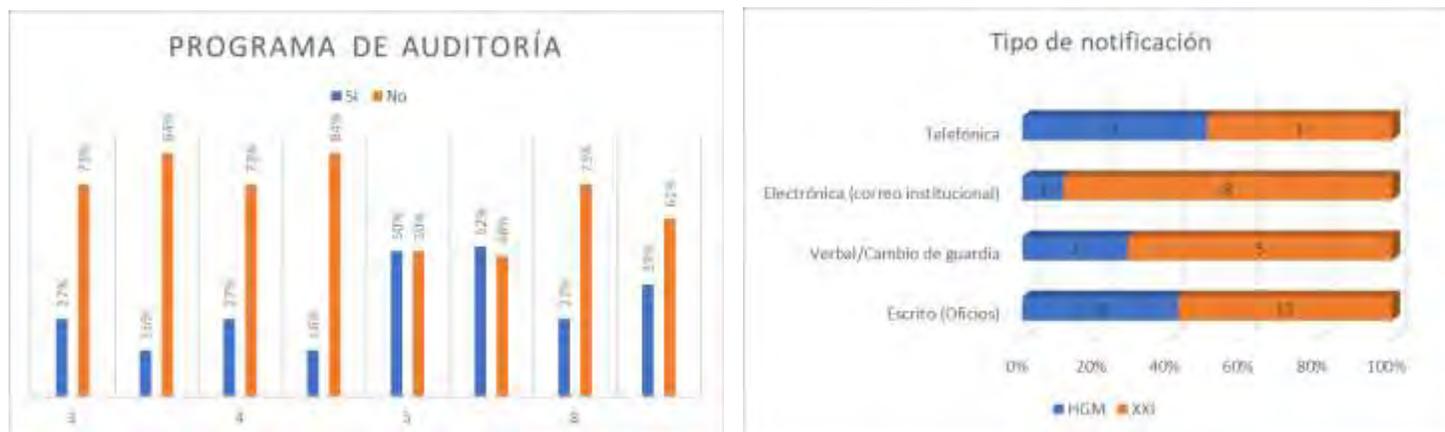


Fuente: Elaboración propia

Como lo considera la planeación y programación de auditoría, este último no es del conocimiento de los auditados, reciben notificaciones el día de la auditoría o un día previo por lo que se corrobora con los porcentajes obtenidos de 73% y 84% ratificando que no reciben y no conocen el programa de auditoría.

Como se mencionó al respecto a la metodología genérica y como lo estipula la guía general de auditoría pública los responsables deben ser notificados sobre la auditoría que se les realizara de acuerdo a la planeación y con las evidencias a presentar, solo alrededor del 50% no son notificados y el otro 50% son notificados y estos corroboran recibir la notificación de manera escrita por medio de oficios o bien por medio de un correo electrónico de la institución como los medios más frecuentes y estipulados.

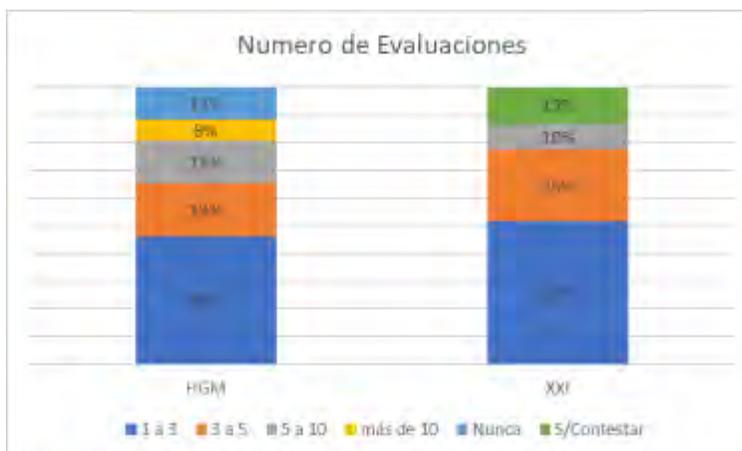
Gráfica 17, Programa de auditoría



Fuente: Elaboración propia

Un 50% de los responsables confirman recibir de 1 a 3 auditorías a sus procesos en un ciclo de auditoría, que como lo marca la metodología genérica y la guía general es de un año, por lo que quizás no mitiga o reduce los riesgos como es la expectativa o el objetivo por alcanzar.

Gráfica 18, Numero de evaluaciones



Fuente: Elaboración propia

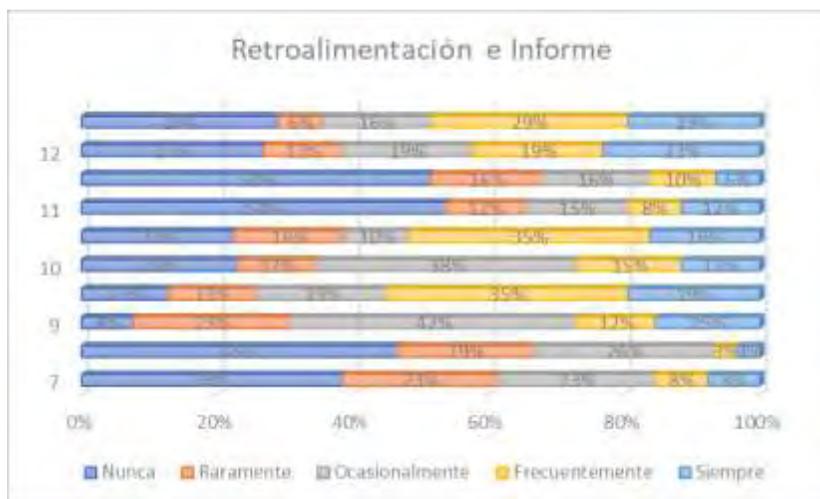
Con base en las actividades típicas de auditoría se estipula una reunión de apertura que incluye a auditor y al auditado por lo que la muestra refleja que en los hospitales en más de la mitad de las ocasiones no se realiza o se realiza raramente, lo que llevaría a un incumplimiento en el proceso de la auditoría.

Siguiendo con el procedimiento de auditoría debería proseguir con reuniones de confronta o revisiones con respecto a no conformidades o futuras observaciones y los encuestados ratifican entre un 60% y 70% que no se lleva a cabo.

Con respecto a los hallazgos identificados durante la auditoría el HGM el 42% considera que reciben ocasionalmente y el Siglo XXI con 35% como frecuentemente.

De la misma forma identificamos que el HGM con un 38% como ocasionalmente y el Siglo XXI con un 35% como frecuentemente la retroalimentación que reciben de parte de los auditores lo que se puede interpretar como una alteración en el resultado final.

Gráfica 19, Retroalimentación e informe



Fuente: Elaboración propia

En promedio la mitad de los responsables certifican que no participan en cierres de auditorías dando pie a que no tiene certeza de que la auditoría a concluido o continua. Con respecto a recibir el informe de auditoría las respuestas fueron variables por lo que no da un antecedente de ser constante a comunicar los resultados obtenidos.

El 40% mencionó que nunca o raramente la no conformidad no les permiten presentar evidencia sobre las observaciones y alrededor del 60% afirman que frecuentemente o siempre les solicitan realizar acciones correctivas.

Gráfica 20, Cierre y seguimiento



Fuente: Elaboración propia

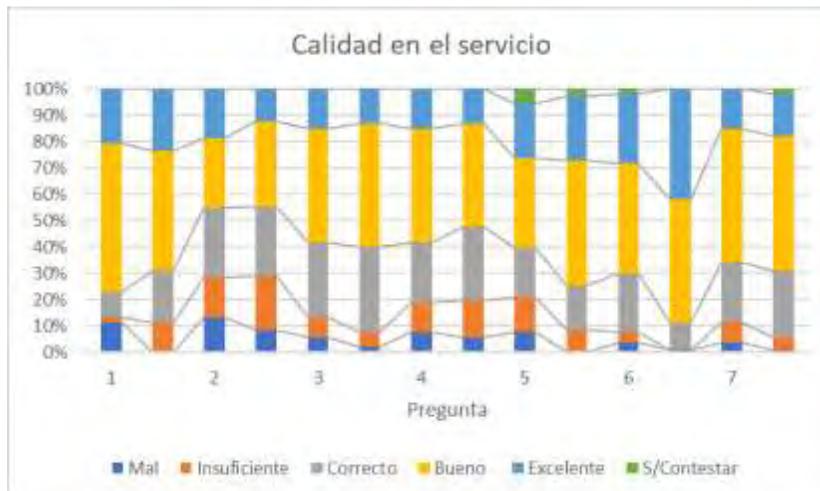
En seguimiento sobre ser informados por sobre las oportunidades de mejora alrededor del 70% las reciben al igual que evaluar por parte del grupo de auditoría el cumplimiento sobre las acciones correctivas que fueron solicitadas.

Sobre si los responsables de área consideran que la auditoría ayuda a mejora sus áreas el HGM con un más del 90% que de algunas veces a forma positiva con casi siempre y siempre los es, mientras que el siglo XXI ratifica las mismas repuestas con cerca de un 70%, siendo el HGM quien considera a las auditorías como una ayuda para la mejora. Con respecto al impacto sobre si la auditoría ayuda a la mejora de calidad en el servicio que prestan en ambas instituciones lo considera alto, así como consideran que el conocimiento sobre los procesos en sus áreas por parte de los auditores es medio.

Con base a los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a los pacientes y/o usuarios la calidad del servicio prestada por el personal como buena o excelente de manera representativa, en consideración con la rapidez casi el 30% de la muestra considera que es malo e insuficiente y el tiempo de atención prestado es bueno y excelente en consideración a la evaluación de los pacientes encuestados.

Solo el 20% considera que como mala e insuficiente la comunicación entre el personal que labora en la institución, alrededor del 25% consideran como buenas y excelentes las instalaciones siendo más negativas las respuestas sobre este punto en el HGM.

*Gráfica 21, Calidad en el servicio*



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo con la calidad en la atención médica con un 90% los pacientes consideran que es bueno y excelente en el Siglo XXI mientras que de manera representativa el HGM reflejo un 70% como bueno y excelente; el servicio en general es considerado en las instituciones como bueno y excelente con un aproximado de 70% de lo que opinan los pacientes.

En relación con si han percibido mejoras y las respuestas fueron medianamente positivas ya que en promedio solo el 50% si percibe mejoras. En consideración con el objetivo de las instituciones se planteó si han percibido mejoras en consideración con su situación de salud, de forma predominante con un 80% ratifican que si lo consideran, que si bien las instalaciones no son de su satisfacción y si existe una mejora en su salud.

*Gráfica 22, Mejoras en el servicio y situación de salud*



Fuente: Elaboración propia

En consideración con el análisis anterior se complementa con las sugerencias que dan los pacientes o usuarios a considerar por la institución para mejorar la calidad en el servicio, son: amabilidad por parte del personal y en específico del área de seguridad, asistentes y enfermeras, así como la mejora en la puntualidad de las consultas asignadas y la mejora de la limpieza en las instituciones en específico una mayor higiene en los sanitarios.

Gráfica 23, Sugerencias de calidad



Fuente: Elaboración propia

La auditoría interna no sólo es un procedimiento para mantener a las instituciones certificadas, sino es una herramienta de gran utilidad para ayudar a mejorar continuamente a los procesos llevados a cabo en el seno de los hospitales, por lo que si consideramos la tabla 2 y calificamos con base a las anteriores repuestas obtenemos:

<b>Punto</b>	<b>Autor</b>	<b>Palabras clave</b>	<b>Cumplimiento</b>
<b>Técnico</b>	Crosby	Cumplimiento de especificaciones	✓ Calidad en el servicio prestada por el personal
<b>Del cliente o usuario</b>	Juran	Adecuación al uso o función	✗ Las mejoras, instalaciones y personal no son suficiente
<b>Del proyectista o fabricante</b>	Ishikawa	Satisfacción del cliente	• No se cuenta con una satisfacción completa del servicio prestado
<b>Estadístico</b>	Deming	Fiabilidad del servicio	✓ La atención prestada por los médicos es apta
<b>Económico</b>	Drucker	Rendimiento obtenido por el cliente	✓ Consideran que mejoran su situación médica
<b>Social</b>	Taguchi	Mínimo coste o pérdida para la sociedad	✗ Mala la rapidez para recibir atención médica e instalaciones deslucidas
<b>Académico</b>	American Society for Quality	Aptitud para satisfacer necesidades del cliente	• Tiempo de atención prestado insuficiente
<b>Atención sanitaria</b>	Avedis Donabedian	Atención que maximiza el bienestar del paciente	✓ Atención por parte del personal médico aceptable y suficiente del administrativo

Fuente: Elaboración propia

#### *IV. Síntesis del análisis de resultado*

Con base a la información recabada en cada capítulo concluimos en consideración a los cuestionarios aplicados a los responsables de auditoría y contrastaremos con las respuestas dadas por los responsables de áreas:

##### *1) Programa de auditoría*

Los hospitales tienen un área de auditoría definida y en operación que se creó desde la firma del acta constitutiva de cada institución.

Las instituciones cumplen con programas de auditorías y al menos realizan una auditoría a cada ciclo de auditoría en las instituciones, realizando programaciones específicas de maneras anuales, trimestrales o bien mensuales, informando de manera anticipada de uno o dos días previos a las áreas auditadas por lo que el programa de auditoría solo lo conoce el grupo de auditores.

El objetivo de las auditorías que establecen las instituciones sobre cumplir con un servicio de calidad orientada a la atención del paciente así como verificar que el uso correcto del presupuesto designado y disminución de riesgos y futuras deficiencia en cumplimiento y apego a la Guía General de Auditoría Pública, se encuentra alienado con la visión de las instituciones y a su vez bajo el enfoque de la definición de Auditoría Interna dada por el IMAI al mejorar y proteger la organización proporcionando aseguramiento, asesoría y análisis en base a riesgos.

Los responsables de áreas con un porcentaje representativo confirman no conocer y no recibir el programa de auditoría, siendo este un punto a favor en consideración con los auditores, al no informar con demasiado tiempo de antelación, ya que se guarda la sorpresa de la auditoría y refleja la situación actual y real.

- ✓ Las instituciones cumplen con los lineamientos necesarios y la aplicación correcta del programa de auditoría, bajo el cuidado profesional, integridad, confidencialidad e independencia del grupo de auditores estipulado por la norma ISO 19011 en su versión 2011.

## 2) Plan de Auditoría

Las notificaciones sobre el plan de auditoría se llevan por medio de oficios girados a los responsables de áreas y en el caso del siglo XXI además se envían por e-mail, notificaciones realizadas con un día o una semana de antelación dependiendo el objetivo a cumplir, objetivo y alcances que se generan a través de las necesidades detectadas, riesgos identificados o con base a un detalle de enfoque estratégico.

Confirman los responsables de auditoría llevar a cabo reuniones de retroalimentación, así como reuniones de apertura utilizan métodos como son programas específicos, sectoriales, listas de verificación, análisis de indicadores y evidencia fotográfica como lo marca la guía general manejando métodos descriptivos, cuestionarios y gráficos, que se encuentran en las cédulas analíticas y sumarias.

Con base a las respuestas que nos dieron los responsables solo la mitad reciben notificación de auditoría y es por escrito (oficios), las auditorías a sus procesos son de una a tres en un año, de la misma manera más de la mitad de la muestra confirman nunca o raramente participar en reuniones de auditoría al igual que confirman no ser informados sobre no conformidades u observaciones potenciales durante la auditoría.

- × No se cumple con las notificaciones pertinentes y de manera representativa puesto que no se realizan retroalimentación a las áreas sobre las no conformidades potenciales.

## 3) Selección de auditores

La tarea que desempeñan los auditores y la confianza depositada es a través de nivel de conocimientos sobre las instituciones y los auditores cumplen con un nivel de licenciatura y experiencia de uno a cinco años y en las instituciones, son consideradas por los responsables de áreas por regular y muy bueno, no cuenta con perfiles definidos ya que busca sean multidisciplinarios. Se encuentran capacitados por medio de cursos sobre medicina y temas de salud.

- ✓ Cumplen parcialmente ya que en el siglo XXI cuentan con apoyo de un médico y una enfermera para la realización de la auditoría y el hospital general con la formación médica, experiencia laboral, entrenamiento de auditor y experiencia en auditoría; además de recibir capacitación sobre los procesos del servicio salud.

#### *4) Auditoría por procesos*

Las auditorías actuales que realizan son preventivas, de resultados, contribución y cumplimiento de metas, realizan enfoques basados en procesos, se encuentran definidos los criterios de revisión y responsabilidades en las etapas y desarrollo de las auditorías.

Cuentan con registros de validación de las auditorías de procesos y solicitan la evidencia requerida por parte del grupo de auditores a los auditados.

- ✓ Cumplen con la preparación de documentos de trabajo, así como girar oficios que especifican la evidencia necesaria para cumplir con la auditoría y así concluir la preparación de las actividades previas de auditoría.

#### *5) Construcción de listas de verificación*

Los hospitales clasificados “de alta complejidad”, deberán contar, al menos, con una evaluación interinstitucional de la lista de verificación, de acuerdo con el protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro por lo que siempre o casi siempre cumplen con la recolección de evidencia acerca del funcionamiento de los procesos, así como siempre hacer análisis sobre las evidencias recolectadas que generan o recaen en acciones preventivas. Los auditores deberían mantener una actitud objetiva a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría están basados en la evidencia de la auditoría del proceso realizada.

- ✓ La evidencia de la auditoría es verificable. En general, está basada en muestras de la información disponible, ya que la auditoría se lleva a cabo durante un período de tiempo delimitado por lo que es solicitada la evidencia con base a la lista de verificación y se corrobora si cumplen o no, que son plasmados en cédulas de trabajo.

### 6) *Retroalimentación a las áreas*

El equipo de auditoría debería reunirse con la frecuencia que sea necesaria para revisar los hallazgos de auditoría en intervalos adecuados durante la auditoría de acuerdo a los responsables de auditoría siempre o casi siempre mantienen informados a los auditados sobre los hallazgos identificados, realizan reuniones de confronta o revisión y confirman la retroalimentación a las áreas mientras que los auditados ratifican que de manera ocasional o frecuente son informados de los hallazgos o retroalimentados.

- × No se realizan de manera constante o en el momento de la identificación de hallazgos; la revisión del reporte de auditoría, entrevistas con el líder del equipo auditoría, con el equipo auditor y retroalimentación con el auditado.

### 7) *Elaboración del informe*

Es obligación del auditor reportar con veracidad y exactitud. Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría deberían reflejar con veracidad y exactitud las actividades de la auditoría. La comunicación debería ser sincera, exacta, objetiva, clara y completa.

A lo que los responsables de la auditoría confirman siempre presentar el informe de auditoría a los auditados, así como a sus jefes inmediatos, además de anexar las no conformidades posteriores de una reunión de cierre. De manera representativa los responsables de áreas reciben el informe de auditoría.

- × Los responsables de áreas confirman recibir los informes de auditorías en ocasiones por parte del equipo de auditoría y en otros momentos por parte de sus jefes directos, que en ocasiones no son entregados de manera inmediata o pertinente, lo que obstaculiza a las áreas en consideración con el mejoramiento del servicio sobre estas no conformidades.

### 8) *Reunión de cierre*

Para finalizar las actividades de auditoría, concluyen con la reunión de cierre donde se muestran los resultados de la auditoría y se ventilan las no conformidades u observaciones, además de que se da la oportunidad de presentar la(s) evidencia(s) no

observadas por el equipo de auditoría y así lograr aclarar las observaciones o no conformidades que surgieron durante la auditoría.

Las reuniones de cierre de acuerdo con las respuestas de los auditores se notifican con un día de antelación donde presentan informes ejecutivos y extensos que llevan una copia del reporte de no conformidades además de solicitar emprendan las acciones correctivas pertinentes.

Los auditados notificaron que no participan en reuniones de cierre y que raramente se les permite presentar evidencia no identificada por el grupo de auditores y de manera favorable mencionan que frecuentemente se les informa de las mejoras halladas y se les solicita emprendan acciones correctivas.

- × No se realizan de manera oficial reuniones de cierre o bien los auditados no participan en ellas por falta de conocimiento.

#### 9) Seguimiento

Deben emitirse cédulas de seguimiento que hacen referencia al avance en la atención de las recomendaciones hechas por el auditor, y si las acciones implantadas por la Unidad auditada permitieron la solución de la problemática.

Los auditores confirman solicitar un plan de seguimiento de las incidencias y estipulan un plazo para las mejoras pertinentes como acciones correctivas que serán supervisadas previamente por los coordinadores o auditores líderes, pero los auditados confirman pocas veces recibir el seguimiento estipulado.

- × Existe una falta de cumplimiento en el seguimiento por parte del área de auditoría.

En consideración con esta síntesis procederemos a las conclusiones que nos permitirán tomara una decisión sobre aceptar o rechazar la hipótesis planteada.

## CONCLUSIONES

Con base en la hipótesis planteada:

*Si la auditoría interna cumple con los estándares y buenas prácticas de auditoría, entonces facilita la toma de decisiones que permitan contribuir a mejorar los sistemas y servicios de las instituciones del sector salud, que garantizan una calidad en sus servicios.*

Tomando en cuenta que incluir las características clave de calidad del servicio o los peligros relacionados a la salud y seguridad del paciente, como prioridad a asignar los recursos del programa de auditoría para auditar aquellos temas de mayor significancia.

Se corrobora que, con base en los resultados ya mencionados, la auditoría interna no cumple completamente con los estándares y buenas prácticas de auditoría, por ejemplo: al no cubrir todas las fases de la auditoría. Si bien los responsables de áreas expresaron que el proceso de auditoría si mejora sus áreas además de que tienen un impacto alto sobre la mejora de la calidad en los servicios que ofrecen y consideran que los auditores tienen un nivel medio de los conocimientos sobre sus procesos.

Con base en la información encontrada, se percibe que hay errores en temas de divulgación, puesto que parece que existe desconocimiento sobre los procesos, ya que algunas secretarías de gobernación establecen procedimientos y guías sobre su proceder, de las cuales no tienen conocimientos de todos estos, en las áreas a las que aplicamos lo cuestionarios, por lo que existe falta de:

- Comunicación entre las áreas,
- Falta de capacitación y
- Desconocimiento de manuales, guías, procedimientos, políticas, etc.

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud en los pacientes o de la población de una forma total y precisa que destina los recursos necesarios en consideración a sus necesidades de forma oportuna y efectiva.

Sí las buenas prácticas de auditoría facilitan la toma de decisiones que permite contribuir a mejorar los servicios, como se mencionó de acuerdo con Deming, la calidad debe conseguir en los procesos, no solamente con el servicio, y para lograrlo es necesaria la participación del personal para que pueda aportar mejoras, los cuestionarios aplicados a los usuarios mencionan que la calidad en el servicio que presta el personal de la institución es bueno así como las atenciones prestada por el personal médico que soluciona la situación médica por la que asisten los pacientes.

Como una conclusión parcial, los usuarios si perciben que la atención médica en particular por las instituciones es oportuna y los médicos cuentan con competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

Por lo que se cumplen con las expectativas de la práctica médica con la salud de los pacientes, pero no es bueno el tiempo de espera para la atención presentada dando como consecuencia incorrecta la rapidez con la que son atendidos; además del considerar insuficiente la comunicación entre el mismo personal que labora en la institución, que recae sobre las mejoras que sugieren los pacientes como son mayor amabilidad, puntualidad en atención a las citas y mejorar la logística de la entrega de expediente; así como ampliar el cuadro básico de medicamentos y aumentar las camas censables.

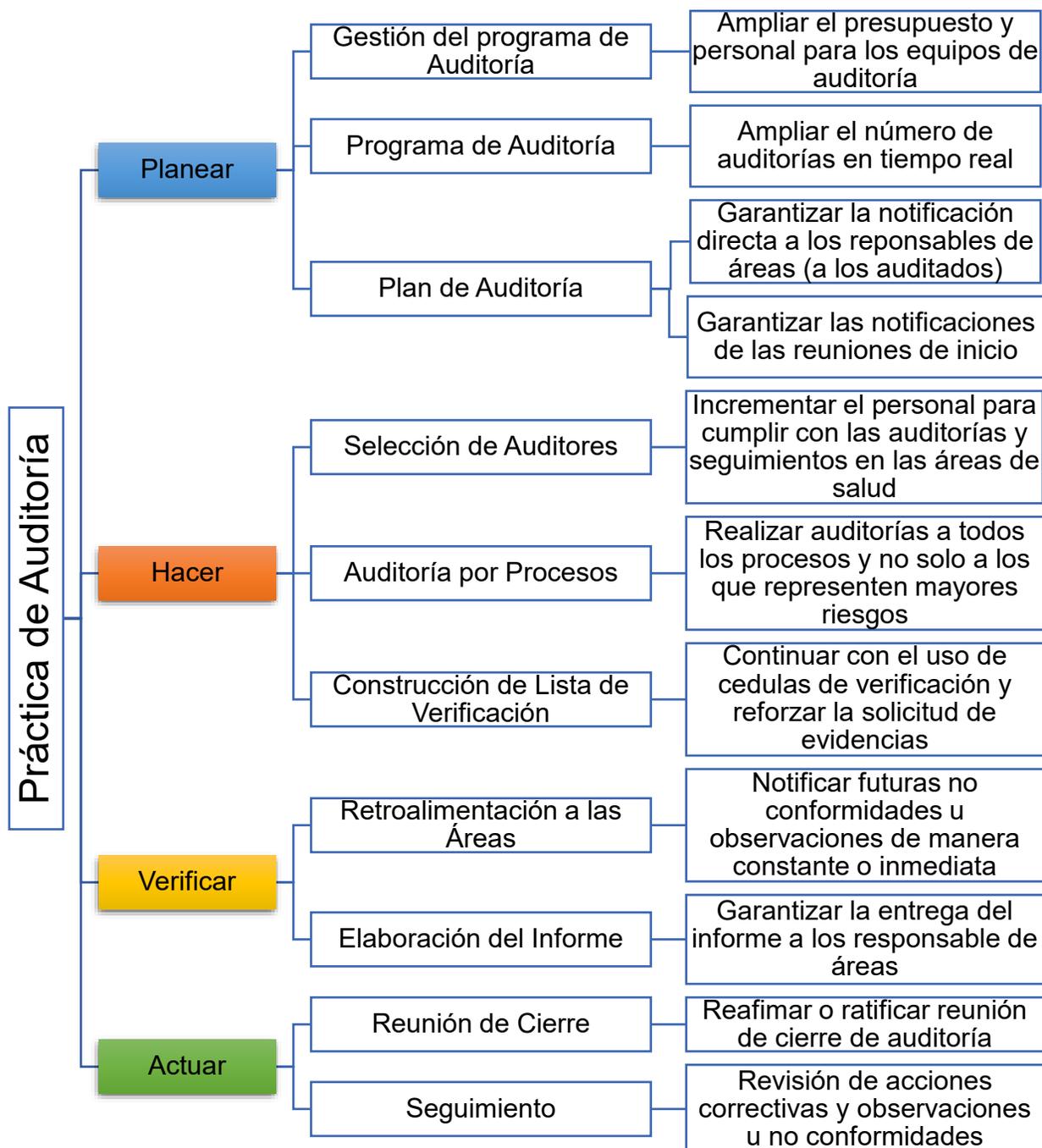
Las evaluaciones internas que deben incluirse con revisiones continuas del desempeño de la auditoría interna, y revisiones periódicas mediante: autoevaluación o, mediante otras personas dentro de la institución para evitar lo antes mencionado, además de vigilar y dar seguimiento en tema de las instalaciones de los hospitales en consideración con mejorar la limpieza.

Sampieri menciona que no siempre los datos apoyan las hipótesis, pero el hecho de que éstos no aporten evidencia en favor de las hipótesis planteadas de ningún modo significa que la investigación carezca de utilidad.

Con base en el estudio se define que se aplican parcialmente las prácticas de auditoría interna y por consiguiente la contribución es parcial, por lo que no se tienen los elementos necesarios para aceptar o rechazar la hipótesis, ya que no son concluyentes y existen inconsistencias, las cuales no nos permiten tomar la decisión sobre la aceptación o no aceptación, lo que nos llevaría a analizar por qué no se aportó evidencia en favor de la hipótesis, en el siguiente apartado damos una serie de sugerencias que llevarían a la mejora las prácticas de auditoría interna.

## PROPUESTAS DE MEJORA

En consideración con las fases de auditoría sugerimos las siguientes medidas para la mejora del proceso de auditoría interna en las instituciones públicas del sector salud en el tercer nivel:



Fuente: Elaboración propia

Es importante considerar los comentarios de mejoras estimadas por los pacientes o usuarios de servicio y en consideración con lo estipulado por Juran y la mejora de calidad.

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de la calidad anualmente.
2. Identificar las necesidades concretas para mejorar los servicios de salud, así como sus causas y factores que impiden que el servicio de salud mejore y desarrollar los proyectos de mejora de los correspondientes.
3. Establecer un equipo de trabajo para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos y la formación necesaria para que los equipos.
  - a. Diagnostiquen las causas.
  - b. Fomenten el establecimiento de un remedio.
  - c. Establezcan los controles para mantener los beneficios.

Seria altamente positivo considerar las propuestas de mejoras que los pacientes dieron como sugerencias, y dar pie a los puntos o proyectos que en el siglo XXI son:

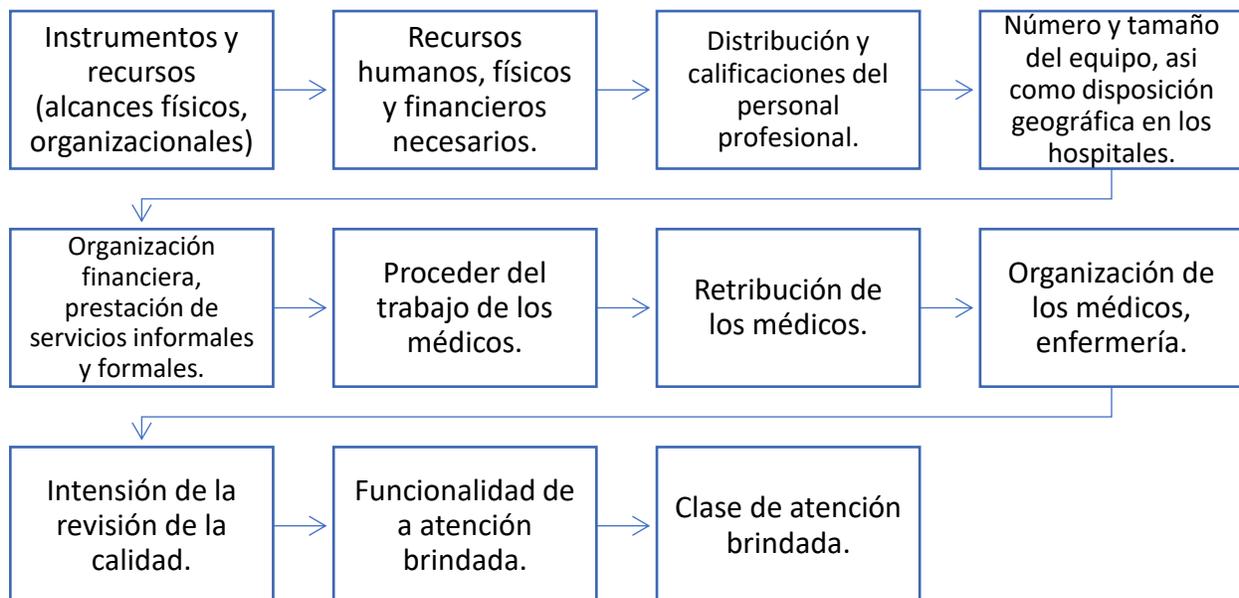
- Puntualidad en las consultas
- Amabilidad de los vigilantes y asistentes
- Higiene en los sanitarios
- Mejorar entrega de expedientes
- Mayor número de sillas
- Mantenimiento de elevadores
- Aumentar el número de citas
- Incrementar cuadro básico
- Mejorar la comunicación médico-paciente
- Revisiones constantes
- Mayor número de médicos
- Mejorar los tiempos de atención a pacientes foráneos
- Comunicación entre los médicos

- Bebederos
- Atención por medico titular
- Mejorar el servicio de ambulancias
- Mejorar fallas de sistema

Y para el HGM serían:

- Instalaciones para familiares
- Citas más próximas
- Incremento de personal
- Rapidez en el acceso
- Evaluaciones al personal
- Proporcionar el medicamento
- Comunicación a los familiares sobre los pacientes
- Mejorar limpieza en las instalaciones
- Mayor número de habitaciones

Se sugiere aplicar una estructura que permite un buen mecanismo planeado para monitorear la calidad de la atención y actuar de acuerdo con sus hallazgos que planteo Donabedian sobre una evaluación de la atención médica, los cuales debe tener bien definidos e identificados.



Fuente: Elaboración propia

Esto con la única finalidad de como citó Aguirre Gas sobre otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

Otro punto para considerar es la filosofía básica de las actividades de los círculos de CC la cual se basa sobre:

1. Contribuir a la mejora y desarrollo de la cultura que desea proyectar cada institución.
2. No olvidar crear lugares de trabajo agradables que hagan que la vida sea valiosa y donde se respete al ser humano.
3. Ejercitar las capacidades de las personas y sacar a la luz su potencial ilimitado.

Ya que empleados o trabajadores satisfechos y comprometidos generan clientes o pacientes contentos, lo que generaría una atención sanitaria de alta calidad, que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa, destinando los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como lo establece la OMS.

Así la calidad se liga a la seguridad del paciente y ésta a su vez se constituye en un componente de la calidad de la atención médica.

## BIBLIOGRAFÍA

**ÁLVAREZ HEREDIA** Francisco, *Calidad y auditoría en salud*, 3ra ed., Colombia, Ecoe ediciones, 2015, 380 pp.

**ARCENEGUI RODRIGO** José Antonio, *El moderno papel de la auditoría interna en el marco del gobierno corporativo: Estudio de las recomendaciones del Comité de Basilea al caso de las entidades financieras*, Fundación de las cajas de ahorros, España, 2005, 409 pp.

**AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN**, Declaraciones de Principios: La Independencia de las Entidades de Fiscalización Superior, México, terminó de imprimirse en agosto de 2009, p. 8

**AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN**, Declaraciones de Principios: La Independencia de las Entidades de Fiscalización Superior, México, terminó de imprimirse en agosto de 2009, p. 13

**AUDITORÍA SUPERIOR DE LA FEDERACIÓN**, Sistema Nacional de Fiscalización, México, s/año, [https://www.asf.gob.mx/Section/117\\_Sistema\\_Nacional\\_de\\_Fiscalizacion](https://www.asf.gob.mx/Section/117_Sistema_Nacional_de_Fiscalizacion), (06 de octubre de 2018), [s.p.]

**BLOG DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL**, Definición, México, s/año, <http://gabinete-auditoria-gubernamental.blogspot.com/>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

**CALIDAD INTEGRAL, ISO 9001**, México, 2017, < [https://www.calidadintegral.com/iso\\_9000.php](https://www.calidadintegral.com/iso_9000.php) >, (18 de agosto de 2017), [s.p.]

**CERVANTES LAING**, Adolfo y Juan Carlos Serrano Machorro, *La Auditoría Interna en México y Estados Unidos*, México, 1999, Pp. 17-18

**CLASIFICACIÓN DE.**, *Clasificación de los Hospitales*, México, 2018, <https://www.clasificacionde.org/hospitales/>, (19 de enero de 2018), [s.p.]

**COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS,**

*¿Qué hacemos?*, México, 01 de enero de 2018, <https://www.gob.mx/cofepris/que-hacemos>, (25 de julio de 2018), [s.p.]

**COMITÉ PARA CONCEPTOS BÁSICOS DE AUDITORÍA,** México, 1973, [s.p.] citado

por Taylor Donald y Glezen William. *Auditoría, Integración de conceptos y procedimientos*. México, 1987, p. 30

**CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL,** *Modelo de Seguridad del Paciente del*

*Consejo de Salubridad General: estándares para implementar el modelo en hospitales*, 3ª edición, Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, México, 2015. 348 pp.

**CROSBY** Philip B. *La calidad no cuesta. El arte de cerciorarse de la calidad*, 13ra.

Edición, McGraw-Hill, México, 2001, 238 pp.

**DEMING** W. Edwards, *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis*,

España, Ed. Diez de Santos, 1989, 391 pp.

**DIARIO OFICIAL,** *Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las*

*características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada*, México, 2013, 73 pp.

**DIARIO OFICIAL,** Segunda sección poder ejecutivo secretaria de la función pública,

México, jueves 3 de noviembre de 2016, p. 7

**DONABEDIAN** Avedis, *La calidad de la atención médica*, Instituto Nacional de Salud

Pública, México, 1990, [s.p.]

**DONABEDIAN** Avedis, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Vol.

1. Ann Arbor, Mich (US): Health Administration Press, 1980, pp. 38-40.

**DONALD,** Taylor y William Glezen. *Auditoría, Integración de conceptos y procedimientos*,

México, Limusa, 1987, p. 30.

**ESTUPIÑÁN GAITÁN**, Rodrigo. *Administración de riesgos E.R.M. y la auditoría interna*. México, ECOE ediciones, 2015, pp. 229-231.

**EVANS** James R., *La administración y el control de la calidad*, México, Ed. International Thomson, 1995, p. 8

**FAJARDO DOLCI** Germán y Hernández Torres Francisco, *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud*, México, 2012, 189 pp.

**FRENK** Julio y Gómez Dantés Octavio, *La democratización de la salud. Una visión para el futuro del sistema de salud en México*. Gaceta medica de México, Volumen 137, Número 3, junio 2001. Academia Nacional de Medicina de México. México, 2001, 299 pp.

**GARCÍA ESPINO**, Gabriel. *Auditoría interna, un enfoque al gobierno corporativo*, México, Editorial ISEF, 2015, 188 pp.

**GÓMEZ AYALA**, Mario. *La auditoría de calidad en la empresa moderna*, México, Panorama, 1998, p. 61.

**GÓMEZ DANTÉS**, Octavio, et. al., *Sistema de Salud en México*, Vol. 53, Supl. 2, México, enero 2018, [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017), (17 de enero de 2018), [s.p.]

**GONZÁLEZ GAYA** Cristina, Domingo Navas Rosario y Sebastián Pérez Miguel Ángel, *Técnicas de mejora de la calidad*, Madrid España, Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2013, 269 pp.

**GONZÁLEZ MARÍN** Rafael, *Dirección de Organizaciones y Auditoría Interna*. Colección Pautas de Gestión del Instituto de Auditores Internos de España, España, S/año, 174 pp.

**GORBANEFF** Yuri, *Teoría del Agente-Principal y el mercadeo*, Revista Universidad EAFIT No. 129, 2003, p. 77

**GRINAKE L.**, Robert y Ben B. Barr, *Auditoría: Exámenes de los Estados Financieros*, (trad. C.P. Joaquín Blanes Prieto del título original en inglés: Auditing: The Examination of Financial Statements, Richar D. Irwin, Inc., primera edición, 1987), México, Compañía Editorial Continental, 1981, p. 15.

**GRYNA** Frank M. Chua, Richard C. H. Defeo, Joseph A, *Análisis y planeación de la calidad. Método Juran*, España, Ed. McGraw-Hill, 2007, 797 pp.

**HERNÁNDEZ SAMPIERI**, Roberto et al., *Metodología de la investigación*, pp. 189-206 y Méndez Ramírez et al., El protocolo de investigación, pp. 11-13. Citado por la Dra. María Hortensia Lacayo Ojeda en el material de apoyo para la presentación de la bibliografía y de las citas y notas a pie de página, pp. 53-55

**HERNÁNDEZ SAMPIERI**, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilat Baptista Lucio, *Metodología de la Investigación*. México, McGraw Hill, 1991, 505 pp.

**HERNÁNDEZ TORRES** Francisco, Héctor Aguirre Gas, Javier Santacruz Varela, Enrique Gómez Bernal, Sebastián García Saisó y Luis Rubén Durán Fontes, *Calidad efectiva de los servicios de salud*, Revista CONAMED, Volumen 18, Número 3, Secretaria de Salud, México, 2013, [s.p.]

**HEVIA VÁZQUEZ** Eduardo, *Fundamentos de la auditoría Interna*, 2ª edición, Instituto de auditores internos de España, s/año, 301 pp.

**INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS**, *The Statement of Responsibilities of Internal Auditing IIA*, E.U.A, 1998, <http://www.theiia.org/guidance/standards-and-practices/professional-practices-framework/code-ofethics/code-of-ethics---spanish/>, (18 de febrero de 2018), [s.p.]

**INSTITUTO DE AUDITORES INTERNOS**, *Definición de Auditoría interna*, México, 2016, <<https://iaia.org.ar/auditor-interno/definicion-auditoria-interna/>>, (12 de noviembre de 2016), [s.p.]

**INSTITUTO DE AUDITORES-CENSORES CURADOS DE CUENTAS DE ESPAÑA,**

*Ensayo sobre Auditoría: en homenaje a Manuel Mier Menes, Ediciones del Instituto de Auditores-Censores Jurados, España, 1997, 453 pp.*

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.** *Mejora Regulatoria*, México, 6 de

septiembre de 2010. <<http://salud.edomexico.gob.mx/salud/mregulatoria.htm>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES**

**DEL ESTADO.** *¿Qué hacemos?*, México, 2016, <<http://www.gob.mx/issste/que-hacemos>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES**

**DEL ESTADO,** *Objetivo*, México, 2017, <http://isssteguanajuato.org/objetivo.html>, (01 de febrero de 2018), [s.p.]

**INSTITUTO MEXICANO DE AUDITORES INTERNOS,** *Definición de Auditoría*, México,

2017, <http://www.imai.org.mx/>, (14 de diciembre de 2017), [s.p.]

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL,** *Conoce al IMSS*, México, 2018,

<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>, (02 de febrero de 2018), [s.p.]

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.** *Conoce al IMSS*, México, 2016,

<<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA,**

*Clasificación de Instituciones de Salud – Histórica*, México, s/año. p. 2

**ISHIKAWA** Kaoru, *¿Qué es el control de calidad? La modalidad japonesa*, Colombia,

Grupo Editorial Norma, 1992, 209 pp.

**JURAN** J. M, *Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para ejecutivos*, España,

ediciones Díaz de Santos, 1990, 363 pp.

- KELL**, Walte G. y William C Boynton, *Auditoría Moderna* (trad. C.P. Alberto García Mendoza del título original: *Modern Audit*, John Wiley & Sons, Inc., primera edición, 1987), México, CECSA, segunda edición, 1995. p. 6
- LAING CERVANTES**, Adolfo y Serrano Machorro, Juan Carlos, *La Auditoría Interna en México y Estados Unidos*. México, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 1999, pp. 17-18.
- LEAN MANUFACTURING 10 COPYRIGHT**, *TQM (Total Quality Management): Gestión de la calidad total*, 2018, <https://leanmanufacturing10.com/calidad-total-tqm>, (17 de agosto de 2017), [s.p.]
- LEY GENERAL DE SALUD**. *Titulo tercero: Prestación de los Servicios de Salud*, México, 2007, [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-t3.htm), (12 de enero de 2018), [s.p.]
- LOZANO NIEVA**, Jorge, *Auditoría Interna, Su enfoque operacional, administrativo y de las relaciones humanas*, México, 1975, Pp. 14-15
- MÉNDEZ RAMÍREZ**, Ignacio, et al. *El protocolo de investigación*, México, Trillas, 1996, p. 189.
- MONTAUDON TOMAS**, Cynthia, *Historia de la calidad mundial. La evolución de las ideas en la gestión de la calidad*, México, Ed. Lupus Inquisitor, 2004, 285 pp.
- NEBRERA HERRERA**, Jaime, *Introducción a la calidad, Curso de Calidad por Internet – CCI*, España, s/año, Pp. 6-7
- NIEVA LOZANO**, Jorge, *Auditoría Interna, su enfoque operacional, administrativo y de relaciones humanas*, México, Ediciones Contables y Administrativas, 1975, pp. 4-15.
- NORMA INTERNACIONAL ISO 19011**, *Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión*, Suiza, Ed. ISO copyright office, 2011, 59 pp.

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, et al., *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, 8 de octubre de 2014, México, <<http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>>, (15 noviembre 2016), [s.p.]

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, Organización Panamericana de Salud y Salud Universal. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 2 de octubre de 2014. <<http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD**, *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, Suiza, 2006. [s.p.]

**PEÑA NIETO**, Enrique, *El Plan Nacional de Desarrollo. "Un México donde cada quien pueda escribir su propia historia de éxito y sea feliz"*, México, 2013, <<http://pnd.gob.mx/>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

**REYES AGUILAR**, Primitivo y Nadima Simón Domínguez, *Los círculos de control de calidad en empresas de manufactura en México Contaduría y Administración*, núm. 201, México, 2001, pp. 37-60

**RUIZ MEDINA**, Manuel Ildelfonso, *Tesis doctoral: Políticas públicas en salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México*, México, 2011, 299 pp.

**SECRETARIA DE GOBERNACIÓN**, Órgano Interno de Control: Misión y visión, México, 2018, [http://oic.segob.gob.mx/es/OIC/Mision\\_y\\_vision](http://oic.segob.gob.mx/es/OIC/Mision_y_vision), (06 de octubre de 2018), [s.p.]

**SECRETARIA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**, Archivo Histórico, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, 2012, <http://2006-2012.funcionpublica.gob.mx/index.php/unidades-administrativas/unidad-de-auditoria-gubernamental.html>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

**SECRETARIA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**, Comités de control y desempeño institucional: Objetivos de los COCODI, <https://sfpbpm01.funcionpublica.gob.mx/cocoa/index.asp>, (08 de octubre de 2018), [s.p.]

**SECRETARIA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**, Comités de control y desempeño institucional: ¿Qué son los Comités de Control y Desempeño Institucional?, México, s/año, <https://sfpbpm01.funcionpublica.gob.mx/cocoa/index.asp>, (06 de octubre de 2018), [s.p.]

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**, *Guía General de Auditoría Pública*, Subsecretaría de Control y Auditoría de la Gestión Pública, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, marzo 2018, 58 pp.

**SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**, *Guía para la elaboración de informes de irregularidades detectadas e integración de expedientes*, Subsecretaría de Control y Auditoría de la Gestión Pública, Unidad de Auditoría Gubernamental, México, marzo 2018, 58 pp.

**SECRETARIA DE SALUD**, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*, México, 2012, Pp. 11-12.

**SECRETARIA DE SALUD**. *La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones*, segunda edición, Biblioteca Mexicana del Conocimiento, México, 2015, 325 pp.

**SEGURO POPULAR**. *Salud Seguro Popular*. México, 2016, <<http://www.seguropopular.org>>, (16 de noviembre de 2016), [s.p.]

**SISTEMA NACIONAL DE FISCALIZACIÓN**, Antecedentes, México, 2018, <http://www.snf.org.mx/antecedentes.aspx>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

**SISTEMA NACIONAL DE FISCALIZACIÓN**, Antecedentes, México, 2018, <http://www.snf.org.mx/definición.aspx>, (05 de octubre de 2018), [s.p.]

**TAMEZ GONZÁLEZ**, Silvia y Catalina Eibenschutz, *Rev. salud pública, El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud*, México, 2008, [s.p.]

**TARÍ GUILLÓ**, Juan José, *Calidad total: fuente de ventaja competitiva*, Ed. Publicaciones Universidad de Alicante, España, 2000, 302 pp.

**THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS**, *International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing (Standards): normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna*, United States of America, octubre de 2016, <<https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/IPPF-Standards-2017-Spanish.pdf>>, (04 de octubre de 2018). 26 pp.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**, *Por los caminos del Sistema Nacional de Salud*, México, s/año, Pp. 61-64

**WHITTINGTON**, O. Ray y Pany, Kurt, *Auditoría, Un enfoque integral*. Santafé de Bogotá, McGraw-Hill, 2000, 624 pp.

## Anexo 1. CUESTIONARIO APLICADO AL RESPONSABLE DEL OIC.

Nuestro objetivo es estudiar si la auditoría interna cumple con los estándares y buenas prácticas de auditoría que facilitan la toma de decisiones y permiten contribuir a mejorar los sistemas. Los cuestionarios serán anonimizados de manera que el nombre de los encuestados no aparecerá en ningún momento en el estudio.

**Instrucciones:** a continuación, se presenta una serie de datos que usted debe responder, por favor marque con una (X) su respuesta o indique la información requerida.

### GESTIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA

1) ¿Cuándo inicio el proceso de auditoría?

2) ¿Quién es el responsable actual del proceso?

3) ¿Cuál crees que es el impacto de la auditoría en la mejora de los servicios que ofrece la institución?

Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
------	------	-------	------	----------

4) ¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los pacientes y los requisitos legales?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

5) ¿La alta dirección asegura la disponibilidad de recursos?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

### 1) PROGRAMA DE AUDITORÍA

Sí  No 6) ¿Se cuenta con un programa de auditoría a los servicios de salud que proporciona la institución?

7) ¿Realiza anualmente la programación del ciclo anual de auditorías? o ¿Cada cuando se cumple el ciclo de evaluación a todos los procesos?

Sí  No 8) ¿Los responsables de los procesos de los servicios de salud conocen el programa de auditoría?

9) ¿Cuáles son los objetivos del programa de auditoría?

Sí  No 10) ¿Se cuenta con un procedimiento(s) o manual de auditoría documentado(s) necesario(s) para el desarrollo de la auditoría?

11) ¿Cómo se seleccionan/asignan los auditores para cubrir con las necesidades del programa de auditoría?

---



---

## 2) PLAN DE AUDITORÍA

Sí  No 12) Para la realización de una auditoría específica ¿Se notifica con antelación a los responsables del proceso sobre el plan de auditoría y requerimientos de esta?

13) ¿Qué tipo de notificación se realiza?

---

14) ¿Cuál es el procedimiento para la designación de responsabilidades de los auditores?

---



---



---

15) ¿Cómo definen los objetivos y los alcances de una auditoría?

---



---



---

16) ¿Qué tipo de revisión documental llevan a cabo antes de realizar la auditoría en campo?

---

17) ¿Durante la realización de la auditoría, se llevan a cabo reuniones de enlace y retroalimentación con los auditados?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

18) ¿Hacen reuniones de apertura de auditoría?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

Sí  No 19) ¿Cuentan con listas de verificación?

Sí  No 20) ¿Cuentan con planes de muestreo?

21) ¿Qué tipo de formatos y/o registros utilizan para documentar todos los resultados de la auditoría?

---



---

22) ¿Cuántas técnicas, métodos o procedimientos de auditoría utilizan durante la realización de esta? ¿Cuáles serían los principales?

---



---



---

### 3) SELECCIÓN DE AUDITORES

- 23) Nivel promedio de estudios de los auditores  
 a) Secundaria      b) Nivel medio superior      c) Licenciatura      d) Posgrado
- 24) Años promedio de experiencia laboral previo a ser auditores  
 a) 1 a 3      b) 3 a 5      c) 5 a 10      d) Más de 10
- 25) Años promedio de experiencia laboral como auditores  
 a) 1 a 3      b) 3 a 5      c) 5 a 10      d) Más de 10
- 26) ¿Cómo considera que es el nivel de competencia de los auditores?

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
----------	------	---------	-------	-----------

Sí  No 27) ¿Tienen perfiles definidos (competencia necesaria) de cada puesto de auditoría?

Sí  No 28) ¿Cuentan con auditores con educación médica o formación en temas médicos o relacionados a la salud?

En caso de que su respuesta anterior sea si, ¿Con cuántos cuentan?

---

Sí  No 29) ¿Estos auditores cuentan con cursos, capacitaciones o estudios en temas de auditoría?

### 4) AUDITORÍA POR PROCESOS

30) ¿Cuál es el enfoque actual de la auditoría que se realiza?

---

Sí  No 31) ¿El enfoque está basado en procesos?

Sí  No 32) ¿Están definidos los criterios de revisión de cada una de las etapas del proceso?

Si	No	33) ¿Están definidas las responsabilidades para el desarrollo del proceso?
----	----	--

Si	No	34) ¿Existen registros de la validación de los procesos?
----	----	--

35) ¿Se solicita previamente por escrito la evidencia requerida?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

## 5) CONSTRUCCIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN

36) ¿Ejecuta trabajo de campo (De acuerdo con el plan de Auditoría) recolectando evidencias acerca del funcionamiento de los procesos?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

37) ¿Se hacen análisis a partir de las evidencias recolectadas con respecto del funcionamiento de los procesos?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

38) ¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

## 6) RETROALIMENTACIÓN A LAS ÁREAS

39) ¿Se mantiene informado a las áreas sobre los hallazgos identificados durante la auditoría?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

40) ¿Llevan a cabo reuniones de confronta o revisión de situaciones potenciales de No Conformidad (u observaciones)?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

41) ¿Existe retroalimentación con las áreas?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

¿Qué tipo de retroalimentación reciben las áreas?

## 7) ELABORACIÓN DEL INFORME

42) ¿Presenta el Informe de auditoría al responsable del área auditada antes de la reunión de cierre?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

43) ¿Anexan las no conformidades registradas durante la auditoría?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

44) ¿Envía el Informe de auditoría a los responsables del área auditada y recibiendo confirmación de éstos?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

## 8) REUNIÓN DE CIERRE

45) ¿Con cuántos días de anticipación se informa sobre la reunión de cierre?

46) ¿Qué tipo de informe se presenta?

a) Ejecutivo                      b) Extenso                      Otro ¿Cuál?

47) ¿Informa las oportunidades de mejora halladas en la auditoría?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

48) ¿Entrega copia del reporte de No Conformidades (u observaciones) y seguimiento de acciones correctivas y preventivas, al responsable del área auditada?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

49) ¿Valida la no conformidad con los responsables de los procesos y permite que presenten evidencias objetivas de conformidad no observadas por el Equipo Auditor (Auditor líder y Auditores Internos)?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

50) ¿Solicita se emprendan acciones correctivas para las no conformidades que se levantaron?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

## 9) SEGUIMIENTO

Si  No 51) ¿Existe un plan de seguimiento a las incidencias observadas?

En caso de que su respuesta anterior se si, ¿Quién da seguimiento a estas incidencias?

52) ¿Estipulan plazos para las mejoras?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

## Anexo 2. CUESTIONARIO APLICADO AL RESPONSABLE DE ÁREA.

Nuestro objetivo es estudiar si la auditoría interna cumple con los estándares y buenas prácticas de auditoría que facilitan la toma de decisiones y permiten contribuir a mejorar los sistemas. Los cuestionarios serán anonimizados de manera que el nombre de los encuestados no aparecerá en ningún momento en el estudio.

**Instrucciones:** a continuación, se presenta una serie de datos que usted debe responder, por favor marque con una (X) su respuesta o indique la información requerida.

1) ¿Cuál crees que es el impacto de la auditoría en la mejora de los servicios que ofrece la institución?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
----------	------	---------	-------	-----------

2) ¿Cómo es su comunicación con el área de auditoría?

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
----------	------	---------	-------	-----------

Sí  No 3) ¿Recibe anualmente la programación del ciclo anual de auditorías?

Sí  No 4) ¿Conocen el programa de auditoría?

Sí  No 5) ¿Es notificado con antelación sobre el plan de auditoría y requerimientos del misma?

En caso de que su respuesta anterior se si, ¿Qué tipo de notificación recibe?

6) ¿Cuántas veces recibe evaluación a todos sus procesos por parte del área de auditoría?

a) 1 a 3                      b) 3 a 5                      c) 5 a 10                      d) Más de 10

7) ¿Participa en reuniones de apertura de auditoría?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

Sí  No 8) ¿Llevan a cabo reuniones de confronta o revisión de situaciones potenciales de No Conformidad (u observaciones) con los auditores durante la auditoría?

9) ¿Le mantiene informado sobre los hallazgos identificados durante la auditoría?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

10) ¿Existe retroalimentación por parte de los auditores?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

11) ¿Participa en las reuniones de cierre de auditoría?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

12) ¿Recibe el Informe de auditoría?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

13) ¿Validan la no conformidad con los auditores y le permiten que presente evidencias objetivas de conformidad no observadas por el Equipo Auditor?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

14) ¿Le solicitan se emprendan acciones correctivas para las no conformidades que se levantaron?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

15) ¿Le informa las oportunidades de mejora halladas en la auditoría?

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre
-------	-----------	----------------	----------------	---------

16) ¿El grupo de auditoría evaluó el cumplimiento de las acciones correctivas requeridas en la auditoría?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

17) ¿Considera que las auditorías ayudan a la mejora de su área?

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
-------	-------------	---------------	--------------	---------

18) ¿Cómo considera el impacto que la auditoría ayuda a mejorar la calidad de los servicios que ofrece?

Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
------	------	-------	------	----------

19) ¿Qué tanto considera que el auditor sabe sobre los procesos auditados?

Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
------	------	-------	------	----------

**¡Gracias!**

**Por las atenciones prestadas**

### Anexo 3. CUESTIONARIO APLICADO LOS PACIENTES Y/O USUARIOS.

Nuestro objetivo es estudiar sí la auditoría interna cumple con los estándares y buenas prácticas de auditoría que facilitan la toma de decisiones y permiten contribuir a mejorar los sistemas. Los cuestionarios serán anonimizados de manera que el nombre de los encuestados no aparecerá en ningún momento en el estudio.

**Instrucciones:** a continuación, se presenta una serie de datos que usted debe responder, por favor marque con una (X) su respuesta o indique la información requerida.

Pregunta	Malo 	Insuficiente 	Correcto 	Bueno 	Excelente 
1) ¿Cómo considera la calidad del servicio prestada por el personal de la institución?					
2) ¿Cómo considera la rapidez con que fue atendido?					
3) ¿Cómo considera el tiempo de atención prestado?					
4) ¿Cómo considera la comunicación entre el personal que labora en la institución?					
5) ¿Cómo considera las instalaciones de la institución?					
6) ¿Cómo considera la calidad en la atención médica?					
7) ¿Cómo percibió el servicio en general?					

8) ¿Ha percibido mejoras en sus últimas visitas?  Sí  No

9) ¿Considera que solucionan la situación médica por la que asiste a la institución?  Sí  No

10) ¿Qué aspectos de mejora sugiere para elevar la calidad en el servicio?

---

**¡Gracias!**  
**Por las atenciones prestadas**