



**Relación entre la auditoría concurrente y la gestión del costo médico en el
servicio de consulta externa de Viva 1A IPS durante el período 2023–2025**

Angela Patricia Rodríguez Garzón

Jesús María de la hoz Racedo

Johana Faisuly Guevara Ortiz

Universidad Ean

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Bogotá, Colombia

09/06/2026

**Relación entre la auditoría concurrente y la gestión del costo médico en el
servicio de consulta externa de Viva 1A IPS durante el período 2023–2025**

Angela Patricia Rodríguez Garzón

Jesús María de la hoz Racedo

Johana Faisuly Guevara Ortiz

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Magister en Administración de Empresas de Servicios de Salud

Directora:

Gladys Edith Villalobos Bolívar

Modalidad:

Consultoría Profesional

Universidad Ean

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas

Maestría en Administración de Empresas de Salud

Bogotá, Colombia

09/06/2026

**RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA
GESTIÓN DEL COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA
EXTERNA DE VIVA 1A IPS DURANTE EL PERÍODO 2023–2025**

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Bogotá, Julio 25 de 2026.

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTES Y LA GESTIÓN DEL
COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS
DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

Dedicatoria

A Dios, fuente de sabiduría, fortaleza y guía en cada etapa de este proceso académico y personal.

A nuestras familias, por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante; por acompañarnos en cada momento y ser el motor que nos impulsó a culminar este logro.

A quienes, desde el ejemplo, la confianza y las palabras precisas en los momentos difíciles, nos recordaron que era posible.

A todos los profesionales y equipos de salud que trabajan cada día por una atención más pertinente, humana y sostenible; De manera especial a quienes creen que los procesos de mejoramiento continuo son una oportunidad para transformar vidas y fortalecer nuestro sistema de salud. — esta investigación también es para ustedes.

Angela, Jesús y Johana

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL
COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS
DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la profesora Gladys Edith Villalobos Bolívar, directora de este trabajo de grado, por su orientación, acompañamiento permanente, disposición, confianza y valiosos aportes académicos. Su guía fue fundamental para consolidar este proceso investigativo y alcanzar los objetivos propuestos.

A la Universidad EAN y a sus docentes, por compartir conocimientos, experiencias y herramientas que fortalecieron nuestra formación académica y profesional, contribuyendo al desarrollo de una visión crítica, estratégica y orientada al mejoramiento de los procesos en el sector salud.

A Viva 1A IPS, por permitir el desarrollo de esta investigación y facilitar el acceso a la información y el contexto organizacional necesarios para su realización, reafirmando el compromiso institucional con el mejoramiento continuo de la calidad y la excelencia en la prestación de los servicios de salud.

A cada uno de los integrantes de este equipo, por la disciplina, colaboración y disposición sostenidas a lo largo del proceso; por compartir conocimientos, experiencias y perspectivas que enriquecieron significativamente la construcción de este estudio y fortalecieron el trabajo conjunto.

Angela, Jesús y Johana

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTES Y LA GESTIÓN DEL
COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS
DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

Declaración de Uso de Inteligencia Artificial

En el desarrollo del presente trabajo de grado se utilizó la herramienta de inteligencia artificial generativa Claude (Anthropic) exclusivamente como apoyo en labores de forma: corrección gramatical y ortográfica, mejora de redacción y cohesión textual, y producción de elementos gráficos de apoyo visual (figuras conceptuales). La herramienta no se empleó para el procesamiento estadístico de los datos, el análisis de resultados, la interpretación de hallazgos ni la formulación de conclusiones o recomendaciones, cuya autoría intelectual corresponde en su totalidad al equipo investigador. Todo contenido generado con apoyo de esta herramienta fue revisado, verificado y validado por los autores antes de su incorporación al documento final.

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL
COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS
DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

Resumen

Introducción: Este estudio analizó la relación entre la auditoría concurrente de pertinencia y el comportamiento del costo médico en consulta externa de Viva 1A IPS durante 2023–2025, **Objetivo General:** Analizar la relación entre los procesos de auditoría concurrente de pertinencia en el ordenamiento médico de los servicios de consulta externa de Viva 1A IPS y el comportamiento y la variación del costo médico durante el período 2023–2025. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, retrospectivo, con alcance descriptivo y analítico bivariado, clasificado como investigación sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993. La unidad de análisis correspondió a registros agregados por período mensual, regional y agrupador de servicio, integrados mediante protocolo ETL en una matriz de 1.152 registros. El análisis bivariado utilizó el coeficiente rho de Spearman. **Resultados:** Los resultados evidenciaron reducción de la proporción de ordenamiento médico de 12,9% entre 2023 y 2025, con descensos relevantes en imagenología y laboratorio clínico. Asimismo, el cumplimiento presupuestal pasó de 118,62% en 2023 a 96,37% en 2025. La proporción de ordenamiento de medicina general mostró la mayor asociación relativa con la desviación presupuestal ($\rho = 0,314$; $p < 0,001$); cobertura de auditoría y pertinencia clínica no mostraron correlación significativa global. **Conclusiones:** La auditoría concurrente opera como herramienta de gestión focalizada, cuyo fortalecimiento requiere mayor trazabilidad, retroalimentación clínica y analítica avanzada.

Palabras clave

DeCS: Auditoría Médica; Auditoría Clínica; Atención Ambulatoria; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Costos de la Atención de Salud; Asignación de Recursos; Calidad de la Atención de Salud; Revisión de la Utilización de Recursos de Salud.

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL
COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS
DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

MeSH: Medical Audit; Clinical Audit; Ambulatory Care; Quality Assurance, Health
Care; Health Care Costs; Resource Allocation; Quality of Health Care; Utilization Review.

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL
COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS
DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

Abstract

Introduction: This study analyzed the relationship between concurrent appropriateness audit and the behavior of medical costs in outpatient care at Viva 1A IPS during the 2023–2025 period.

General Objective: To analyze **the relationship between** concurrent appropriateness audit processes on medical ordering in outpatient services at Viva 1A IPS **and** the behavior and variation of medical costs during the 2023–2025 period, in order to generate evidence contributing to the optimization of institutional clinical and financial management.

Methodology: A quantitative, observational, retrospective study with a descriptive and bivariate analytical scope, classified as a no-risk study according to Resolution 8430 of 1993. The unit of analysis corresponded to aggregated records by monthly period, regional level, and service grouping, integrated through an ETL protocol into a database consisting of 1,152 records. Bivariate analysis was conducted using Spearman's rho correlation coefficient.

Results: The findings showed a 12.9% reduction in the proportion of medical ordering between 2023 and 2025, with significant decreases in imaging and clinical laboratory services. Likewise, budget compliance improved from 118.62% in 2023 to 96.37% in 2025. The proportion of medical ordering in general medicine showed the strongest relative association with budget deviation ($\rho = 0.314$; $p < 0.001$), while audit coverage and clinical appropriateness showed no significant overall correlation.

Conclusions: Concurrent audit operates as a targeted management tool, whose strengthening requires greater traceability, clinical feedback, and advanced analytics.

Contenido

Lista de Figuras	15
Lista de Tablas.....	16
Introducción.....	17
Objetivos	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
Justificación.....	20
Marco Institucional	23
Reseña Histórica.....	23
Plataforma Estratégica.....	23
Misión	23
Visión.....	23
Organigrama	25
Mapa de Procesos	26
Descripción de la Entidad	27
Servicios	27
Marco Contextual.....	29
Antecedentes de la Investigación	29
Referente Conceptual	31
Los Costos en el Sector Salud	32
Eficiencia en Salud	32
La Auditoría Como Herramienta de Gestión Clínica y Financiera	33
Impacto de la Auditoría Concurrente en el Ámbito Ambulatorio	35
Pertinencia Clínica en la Atención en Salud	36

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL COSTO
MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS DURANTE EL
PERÍODO 2023–2025 13

Marco Jurídico	37
Diseño Metodológico de la Consultoría.....	40
Enfoque de Consultoría	40
Diseño de la Consultoría.....	41
Ruta Operativa de la Consultoría	41
Alcance, Unidades de Análisis y Criterios de Selección de la Información	43
Proceso ETL (Extracción, Transformación y Carga).....	44
Componente Cualitativo.....	51
Consideraciones Éticas.....	51
Resultados de la Consultoría	52
Caracterización Estratégica del Proceso de Auditoría Concurrente de Pertinencia en Viva 1A IPS	52
Análisis Causal de la Efectividad del Proceso de Auditoría Concurrente de Pertinencia.....	52
Análisis de Percepción del Proceso.....	53
Análisis de Resultados de la Auditoría Concurrente de Pertinencia.	55
Ordenamiento Médico	55
Comportamiento por Regional.....	55
Comportamiento por Tipo de Profesional	57
Comportamiento por Agrupador de Servicios	58
Auditoría Concurrente	59
Comportamiento Anual de la Auditoría Concurrente de Pertinencia.....	59
Comportamiento por Regional.....	60
Comportamiento por Agrupador de Servicios	62
Causales de No Pertinencia	63
Comportamiento Costo Médico	65
Cumplimiento Presupuestal por Regional.....	66
Cumplimiento Presupuestal por Agrupador De Servicios	67

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTES Y LA GESTIÓN DEL COSTO
MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS DURANTE EL
PERÍODO 2023–2025 14

Análisis Bivariado	70
Limitaciones de la Consultoría	72
Conclusiones.....	74
Recomendaciones	77
Referencias	82
Anexo A. Preguntas orientadoras caracterización del proceso.....	92

Lista de Figuras

Figura 1 Organigrama de Viva 1A IPS	25
Figura 2 Mapa de Procesos Viva 1A IPS	26
Figura 3 <i>Esquema Conceptual de Relación Entre Auditoría Concurrente, Costos y Eficiencia</i>	36
Figura 4 Fases de la Consultoría Profesional	42
Figura 5 Fuentes Institucionales en el Proceso ETL para la Construcción de Base Analítica	45
Figura 6 Proceso de ETL	47
Figura 7 Diagrama Causa- Efecto de Ishikawa.....	52
Figura 8 Proporción de Ordenamiento Médico por Regional y Año, 2023–2025.....	56
Figura 9 Proporción de Ordenamiento Según Tipo de Profesional	57
Figura 10 Indicadores Acumulados de Auditoría Concurrente por Agrupador 2023-2025	62
Figura 11 Principales Causales Acumulados de No Pertinencia en la Auditoría Concurrente, 2023-2025.....	64
Figura 12 Cumplimiento Presupuestal por Regional y Año, 2023–2025.....	66
Figura 13 Cumplimiento Presupuestal Anual por Agrupador de Servicio, 2023–2025. 68	
Figura 14 Correlaciones de Spearman entre Indicadores de Ordenamiento, Auditoría Concurrente Y Desviación Presupuestal Porcentual, 2023–2025.....	70

Lista de Tablas

Tabla 1 Pilares Estratégicos Viva 1A IPS 2024-2028. 24

Tabla 2 Número de Servicios Habilitados por Departamento Viva 1A IPS..... 28

Tabla 3 Marco Jurídico Aplicable al Estudio Sobre Auditoría Concurrente y Gestión del
Costo Médico 38

Tabla 4 Fuentes de Extracción de Información 45

Tabla 5 Procesos de Transformación y Validación Aplicados a la Matriz Analítica 46

Tabla 6 Categorización de Variables 49

Tabla 7 Aspectos Clave Proceso Auditoría Concurrente Viva 1A IPS 54

Tabla 8 Proporción de Ordenamiento por Agrupador de Servicio 2023-2025..... 58

Tabla 9 Comportamiento Anual de la Auditoría Concurrente 2023-2025..... 59

Tabla 10 Cobertura y Pertinencia de la Auditoría Concurrente por Regional 2023-2025
..... 61

Tabla 11 Comportamiento Anual del Cumplimiento Presupuestal 2023-2025 66

Tabla 12 Matriz Estratégica de Recomendaciones 79

Introducción

La sostenibilidad financiera y la calidad de la atención constituyen hoy uno de los principales desafíos de los sistemas de salud a nivel mundial. El envejecimiento poblacional, la mayor carga de enfermedad crónica y la incorporación de tecnologías diagnósticas han incrementado el gasto sanitario y tensionado la eficiencia en la asignación de recursos, fenómeno documentado en diferentes contextos internacionales (Kaplan & Porter, 2011; OECD, 2019). En Colombia, a pesar de los avances en cobertura de afiliación, persisten dificultades estructurales relacionadas con la sostenibilidad y el uso racional de los recursos, lo que exige fortalecer herramientas de gestión clínica y financiera que permitan reducir el desperdicio sin afectar la calidad de la atención (Giedion et al., 2014; Findeter, 2024).

En este escenario, la auditoría concurrente se consolida como una estrategia orientada a evaluar, en tiempo real, la pertinencia de las decisiones clínicas y su impacto en la utilización de recursos. A diferencia de la auditoría retrospectiva, la auditoría concurrente interviene durante el proceso asistencial, facilitando la retroalimentación oportuna a los profesionales y promoviendo la adherencia a guías de práctica clínica. La evidencia ha demostrado que este enfoque contribuye a disminuir la variabilidad injustificada, reducir la sobreutilización de tecnologías y optimizar costos, especialmente en servicios de alta frecuencia (Álvarez Toscano et al., 2022; Shrank et al., 2019). No obstante, gran parte de los estudios se han concentrado en entornos hospitalarios, dejando un vacío relevante en el análisis sistemático de su impacto financiero en la consulta externa, ámbito donde se generan la mayoría de las interacciones entre usuarios e instituciones y se origina una proporción significativa del costo médico.

La consulta externa representa, además, un punto crítico para la contención de gastos, dado que concentra la gestión de enfermedades crónicas, programas de promoción y prevención, y una alta proporción de los ordenamientos de laboratorios, imágenes y

procedimientos no quirúrgicos. Estas condiciones evidencian la necesidad de implementar mecanismos de control que no solo midan el volumen de producción, sino también la pertinencia clínica y sus efectos sobre el comportamiento financiero institucional.

El presente trabajo se desarrolla en Viva 1A IPS, una institución con amplia presencia a nivel nacional y un modelo de atención centrado en servicios ambulatorios. Desde el año 2023, la entidad ha implementado un proceso estructurado de auditoría concurrente de pertinencia en el ordenamiento médico, el cual contempla la revisión sistemática de una muestra representativa de atenciones, así como la retroalimentación oportuna a los profesionales de salud.

Si bien la organización cuenta con herramientas tecnológicas para el seguimiento de los ordenamientos médicos y la ejecución financiera, el presente trabajo de consultoría se orienta a realizar un análisis técnico que permita identificar la relación entre la auditoría concurrente y la variación del costo médico en el servicio de consulta externa. Así mismo, se busca formular recomendaciones estratégicas orientadas al fortalecimiento del proceso actual en Viva 1A IPS, integrando la eficiencia administrativa con la pertinencia clínica.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre los procesos de auditoría concurrente de pertinencia en el ordenamiento médico de los servicios de consulta externa de Viva 1A IPS y el comportamiento y la variación del costo médico durante el período 2023–2025, con el fin de generar evidencia que contribuya a la optimización de la gestión clínica y financiera institucional.

Objetivos Específicos

- Determinar los indicadores operativos del proceso de auditoría concurrente de pertinencia y el comportamiento de los ordenamientos médicos (consulta externa general y especializada, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y de procedimientos de baja complejidad), así como su relación con la variación del costo médico en consulta externa de Viva 1A IPS durante el período 2023–2025.
- Identificar oportunidades de fortalecimiento de la auditoría concurrente orientadas a mejorar la pertinencia clínica y optimizar el costo médico en el servicio de consulta externa.
- Integrar los hallazgos del análisis para formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la gestión clínica y financiera institucional en relación con la auditoría concurrente y el costo médico.

Justificación

La sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud enfrenta presiones crecientes asociadas al envejecimiento poblacional, la mayor carga de enfermedad crónica y la expansión del uso de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, factores que incrementan el gasto en salud y exigen mayores niveles de eficiencia en la gestión institucional (OECD, 2019; Findeter, 2024). En este contexto, la consulta externa adquiere un papel estratégico, ya que concentra una alta proporción de interacciones entre usuarios e institución y constituye una fuente principal de generación de ordenamientos médicos, con impacto directo sobre el comportamiento del costo médico.

En Viva 1A IPS, esta situación reviste especial relevancia debido al predominio de contratos bajo modalidad de pago global prospectivo (PGP), esquema en el cual el ingreso es fijo y las desviaciones del costo médico incrementan el riesgo de pérdida operativa. Al cierre de 2022, la institución registró una desviación presupuestal del costo médico de 119,4%, equivalente aproximadamente a 47 mil millones de pesos. El análisis por agrupadores mostró que laboratorio clínico concentraba el 38% de la desviación, mientras que los procedimientos ambulatorios aportaban el 18%, acompañados por desviaciones relevantes en consulta especializada e imagenología, agrupadores objeto del presente estudio que en conjunto concentraban una desviación cercana a los 28 mil millones de pesos. A ello se sumaba un proceso de auditoría ocasional, descentralizado y sin seguimiento sistemático, insuficiente para identificar patrones de no pertinencia, generar retroalimentación oportuna a los profesionales y articular el análisis clínico con el desempeño financiero institucional eventos que condujeron al fortalecimiento de un proceso estructurado de auditoría concurrente.

El desarrollo de procesos de auditoría médica, en particular la auditoría de cuentas médicas y la auditoría concurrente de pertinencia, se constituye en un eje estratégico para el

fortalecimiento de la gestión en salud, al permitir evaluar la calidad, oportunidad, pertinencia y racionalidad en el uso de los servicios y tecnologías en salud. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), estos procesos contribuyen al control del gasto, la transparencia en la gestión y la sostenibilidad financiera de las instituciones.

De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, el sistema de salud colombiano debe garantizar la eficiencia en la asignación de los recursos, así como la calidad en la prestación de los servicios. En este sentido, la auditoría médica se configura como un mecanismo fundamental para verificar el cumplimiento de estos principios, mediante la revisión sistemática de los procesos asistenciales y administrativos asociados a la atención en salud.

Asimismo, el Decreto 780 de 2016, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), reconoce la auditoría para el mejoramiento de la calidad como uno de sus componentes esenciales. Este decreto define la auditoría como un proceso continuo y sistemático de evaluación que busca identificar oportunidades de mejora en la atención en salud, promoviendo la adopción de acciones correctivas y preventivas.

En complemento, la Resolución 256 de 2016 establece el sistema de información para el monitoreo de la calidad en salud, lo cual refuerza la importancia de la auditoría médica como fuente de información para la toma de decisiones basada en evidencia. Por su parte, el Decreto 441 de 2022 resalta la necesidad de garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de la información en los procesos del sector salud, lo cual resulta especialmente relevante en el desarrollo de auditorías médicas, donde se manejan datos sensibles de los pacientes.

En este contexto, la auditoría concurrente de pertinencia en el ordenamiento médico permite evaluar en tiempo real la adecuación de las decisiones clínicas frente a las necesidades del paciente, contribuyendo a evitar la sobreutilización, subutilización o uso inadecuado de los servicios de salud. Este enfoque no solo impacta en la calidad y seguridad

del paciente, sino que también incide directamente en la eficiencia del gasto en salud, particularmente en los costos derivados de la consulta externa y la prescripción de servicios y tecnologías.

Adicionalmente, la auditoría de cuentas médicas permite verificar la coherencia entre la atención prestada y lo facturado, fortaleciendo los mecanismos de control financiero, reduciendo riesgos de fraude y corrupción, y asegurando la correcta utilización de los recursos del sistema, en concordancia con los principios de eficiencia, equidad y sostenibilidad.

Por lo anterior, esta investigación se justifica en la necesidad de analizar la relación entre los procesos de auditoría concurrente de pertinencia y la variación del costo médico, generando evidencia que contribuya al fortalecimiento de la gestión clínica y financiera en instituciones prestadoras de servicios de salud como Viva 1A IPS. De esta manera, se aportan insumos técnicos para la toma de decisiones estratégicas, en coherencia con el marco normativo vigente y los lineamientos de calidad en salud en Colombia.

Marco Institucional

Reseña Histórica

VIVA 1A IPS nace de la visión de un grupo de empresarios del sector salud, quienes en abril de 2008 constituyen la empresa como una sociedad anónima, dando apertura a las primeras cinco sedes ubicadas en Bogotá, Medellín, Envigado, Cali y Barranquilla (Viva 1A IPS), con enfoque en atención primaria enfocada en servicios de promoción y prevención. Para el año 2011 habilitan servicios ambulatorios de mediana complejidad, alcanzando al 2016 la atención de al menos 1 millón de usuarios.

Para el año 2018 habilitan un laboratorio clínico de alta complejidad en la ciudad de Bogotá el cual opera como laboratorio de referencia para todas las sedes del país y a partir del año 2020 inician la prestación de servicios a nivel internacional.

Plataforma Estratégica

Como parte fundamental de su identidad corporativa, Viva 1A IPS ha determinado un propósito superior “Cuidamos la salud de tu familia como si fuera la nuestra” y asienta su operación en una plataforma estratégica orientada a la excelencia en la prestación de servicios ambulatorios y la sostenibilidad del sistema con la siguiente misión y visión:

Misión

“Somos el equipo que con sentido humano te acompaña en el cuidado y gestión de tu salud en cada etapa de tu vida”. (Viva 1A IPS)

Visión

“En el 2028 seremos parte de la solución para los países latinoamericanos en la implementación de modelos que logren mejores resultados en salud, brinden una experiencia excepcional al usuario y aporte a la sostenibilidad financiera de sus sistemas sanitarios.”

Adicionalmente estructura su identidad con unos valores corporativos definidos

- Construcción de confianza.
- Generación de valor.
- Liderazgo.
- Sentido Humano.
- Innovación.
- Enfoque a resultados.

La entidad ha establecido 5 pilares estratégicos que enmarcan sus objetivos estratégicos descritos en la tabla 1 y donde se asienta el costo médico y el cumplimiento estricto del gasto financiero como directriz de sostenibilidad.

Tabla 1

Pilares Estratégicos Viva 1A IPS 2024-2028.

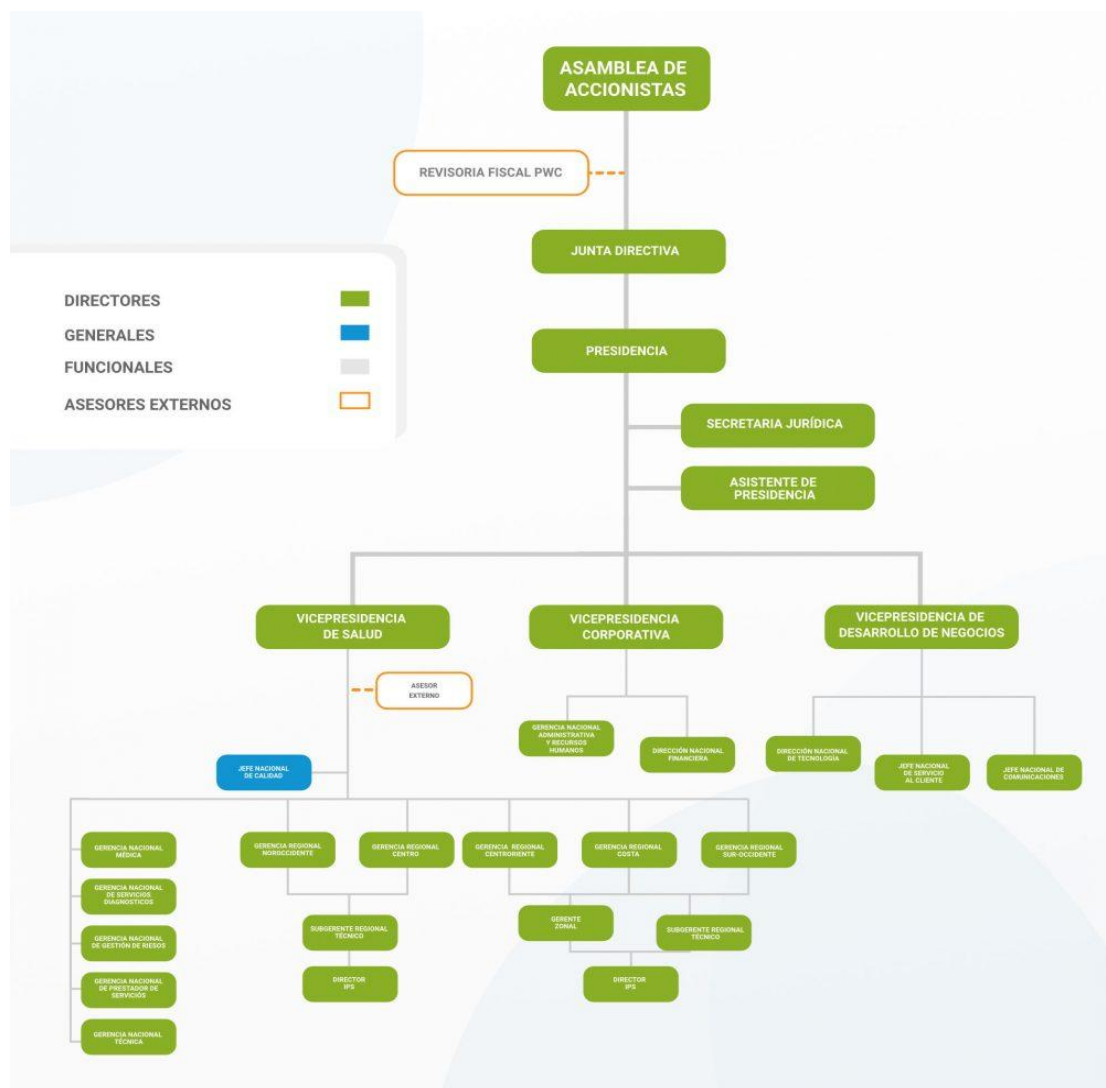
Crecimiento.	Sostenibilidad Financiera.	Experiencia excepcional del usuario.	Resultados en salud.	Desarrollo Sostenible
Objetivos de cada pilar				
Incrementar las ventas.	costo médico con siniestralidad al 100%	Satisfacción del usuario del 95%	Cumplir al 100% las metas indicadores de PyM	Mejoramiento de la infraestructura tecnológica,
Fortalecer la internacionalización con la apertura de tres nuevas sedes.	Cumplimiento estricto del gasto financiero	NPS del 80%	Cumplimiento del 100 % de las metas terapéuticas	Accesos ágiles a servicios
	Liquidez financiera		Indicadores relacionados con resultados en salud OCDE.	Desarrollo del talento humano

Nota. Adaptado de Planeación estratégica 2024-2028. Cesar Sánchez. Viva 1A IPS

Organigrama

Figura 1

Organigrama de Viva 1A IPS



Nota. Tomado de *Ley de transparencia*, por Viva 1A IPS, s. f. (<https://viva1a.com.co/ley-de-transparencia/>)

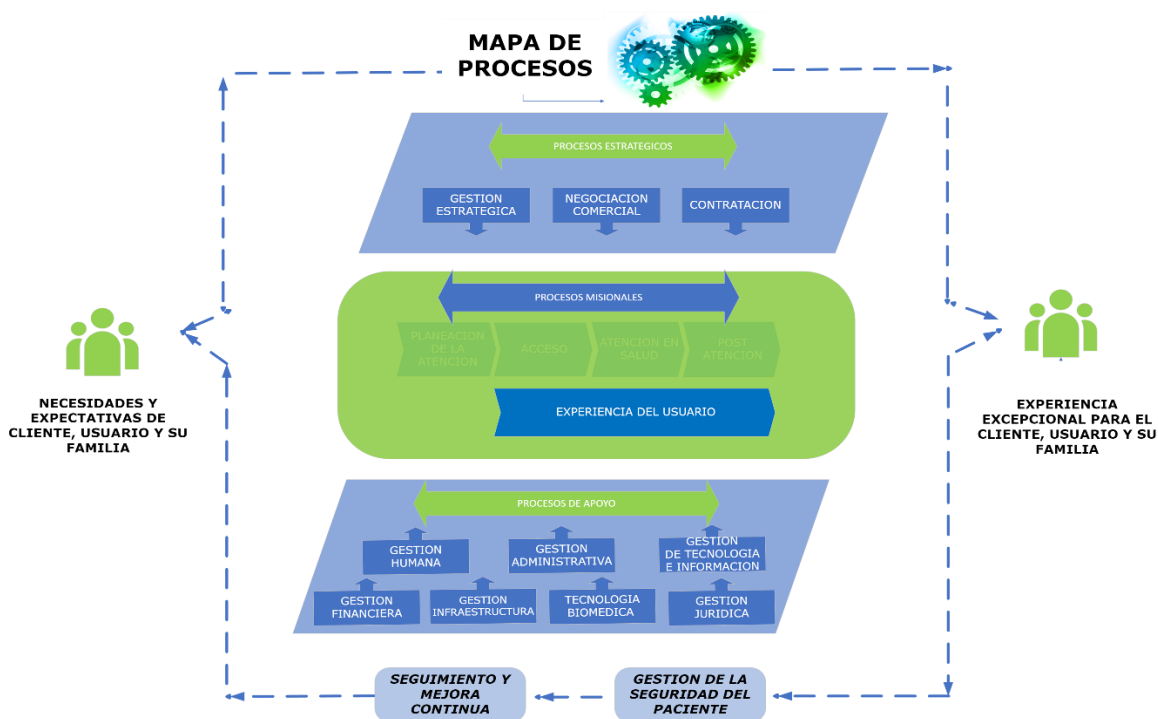
La IPS cuenta con un organigrama donde se evidencia una estructura organizacional matricial, en la que convergen cabezas de área de alcance nacional y gerencias regionales

responsables de operativizar la línea estratégica institucional en componentes como la contratación y prestación de servicios de salud, la gestión del costo operativo y la garantía de la calidad. (ver figura 1).

Mapa de Procesos

Figura 2

Mapa de Procesos Viva 1A IPS



Nota. Tomado de sistema documental integral de Viva 1A IPS.

Viva 1A IPS ha diseñado un mapa de procesos que contiene tres procesos estratégicos, cinco misionales y siete de apoyo enmarcados en las necesidades y expectativas de los clientes, usuarios y sus familias para obtener una experiencia excepcional (Ver Figura 2) el proceso de auditoría concurrente de pertinencia médica hace parte de los procesos transversales del Sistema de Gestión de la Calidad.

Descripción de la Entidad

Viva 1A Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), tiene un modelo de atención de servicios intramurales ambulatorios que permite atender necesidades asistenciales frecuentes de la población usuaria.

En Colombia la entidad cuenta con noventa y uno (91) sedes las cuales están agrupadas en las siguientes regionales:

- Regional Centro Occidente.
- Regional Centro Oriente.
- Regional Costa.
- Regional Eje Cafetero.
- Regional Noroccidente.
- Regional Norte
- Regional Suroccidente.
- Regional Centro.

Servicios

De acuerdo con la información reportada por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud(REPS) la IPS cuenta con los siguientes servicios discriminados así por departamento:

Tabla 2

Número de Servicios Habilitados por Departamento Viva 1A IPS

Departamento	Número de servicios habilitados
Antioquia	154
Atlántico	355
Bogotá D.C	381
Caldas	53
Bolívar	38
Cauca	16
Córdoba	55
Cundinamarca	26
La Guajira	21
Magdalena	74
Meta	6
Quindío	14
Sucre	53
Tolima	95
Valle del cauca	153
Total general	1494

Nota. Elaborado de Registro Especial de Prestadores REPS. Ministerio de Salud y Protección Social.

Mayo de 2025.

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/capacidadesinstaladas_reps.aspx?tbunits_nit=900219120

Los 1494 servicios habilitados en el país corresponden a servicios de baja y mediana complejidad los cuales se agrupan así:

- 26 servicios del grupo quirúrgico.
- 345 servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
- 1.123 servicios de consulta externa.

Marco Contextual

Antecedentes de la Investigación

La sostenibilidad financiera del sector salud y la calidad en la atención son retos comunes a nivel global. En países como Colombia, los sobrecostos derivados de la sobreutilización de servicios y la inadecuada pertinencia de las órdenes médicas han contribuido al deterioro de la estabilidad del sistema (Findeter, 2024).

Se estima que de cada cinco pesos que se gastan en el sistema, cuatro corresponden a decisiones médicas, lo que resalta la importancia de implementar estrategias de control y optimización que permitan un balance entre eficiencia económica, resultados clínicos y satisfacción de los usuarios; en este sentido, los líderes del sector deben considerar estos aspectos para gestionar de manera efectiva sus organizaciones, garantizando productividad y efectividad (Arbaiza et al., 2023).

Dentro de estas estrategias, la auditoría concurrente se configura como un mecanismo clave al posibilitar la verificación en tiempo real de la pertinencia de los servicios prescritos y de su impacto en el uso racional de los recursos, además de estimular la autorregulación profesional sin comprometer la autonomía médica. La auditoría concurrente se ha definido como un proceso sistemático de revisión y análisis de las órdenes médicas durante la atención, orientado a garantizar su pertinencia y adherencia a las guías de práctica clínica, y puede implementarse en diferentes áreas o servicios de las entidades de salud (Abu-Jeyyab et al., 2024).

La literatura reciente muestra que este proceso de evaluación y retroalimentación a profesionales generan aportes clínicos importantes al disminuir la variabilidad en la atención, favorecer la adherencia a guías de práctica clínica, fortalecer la toma de decisiones basadas en evidencia y permitir la comparación de resultados entre áreas o instituciones (Ivers et al., 2025;

Sarkies et al., 2023). Sus beneficios económicos también se han documentado, particularmente en la reducción de costos asociados al uso innecesario de laboratorios, imágenes diagnósticas y procedimientos, así como en la optimización del uso de recursos hospitalarios y asistenciales (Arrea Baixench, 2013; Lombo Moreno et al., 2023; Orozco Zavala et al., 2025). En la misma línea, se ha señalado que este tipo de estrategias permite identificar reprocesos, tiempos improductivos y duplicación de tareas que incrementan los costos y afectan la experiencia del paciente (Dahlberg et al., 2025).

No obstante, gran parte de la evidencia disponible se ha concentrado en entornos hospitalarios. Un metaanálisis de la Colaboración Cochrane concluyó que la auditoría y la retroalimentación reducen significativamente la prescripción inadecuada de antibióticos y las infecciones resistentes, sin impacto negativo en la mortalidad (Davey et al., 2017). De forma similar, otros trabajos han mostrado que los procesos de auditoría y acreditación en servicios quirúrgicos fortalecen la adherencia a estándares de calidad y seguridad del paciente, permiten identificar barreras de implementación y contribuyen a la reducción de complicaciones postoperatorias (Cagigas Lanza & Docobo Duránte, 2022; Bass et al., 2023). Aunque estos hallazgos son relevantes, su extrapolación al ámbito ambulatorio debe hacerse con cautela, dado que la consulta externa presenta dinámicas asistenciales, volúmenes de atención y patrones de ordenamiento diferentes.

Revisiones sistemáticas confirman el interés creciente en el desarrollo de sistemas de auditoría concurrente que permitan la planeación e implementación de acciones de mejora para la reducción de los costos médicos y el fortalecimiento de la calidad de la atención (Tsang et al., 2022). En el contexto domiciliario, también existen experiencias que ratifican la importancia del monitoreo de los costos de atención y de la definición de modelos que combinen aspectos asistenciales y administrativos para garantizar sostenibilidad y mejores resultados (Cárdenas y

Argüello, 2024). En el Reino Unido, en 2022, se evaluaron programas nacionales de auditoría clínica y retroalimentación, en los que el foco del análisis se centró en la metodología de evaluación y en la percepción de los involucrados, pero no en su impacto sobre el costo médico (Willis et al., 2022).

Todo lo anterior evidencia el potencial de la auditoría concurrente en escenarios ambulatorios, un ámbito donde las interacciones con los usuarios son más frecuentes y de alto impacto en términos de costos y satisfacción. No obstante, su efectividad depende no solo de la implementación, sino también de factores institucionales como el contexto organizacional, la cultura, el liderazgo clínico y la integración en los procesos cotidianos, además de brechas como la falta de recursos tecnológicos, la escasa articulación con la práctica clínica y las tensiones relacionadas con la autonomía médica. Cuando estos obstáculos se gestionan adecuadamente, la auditoría concurrente puede generar efectos positivos tanto en la optimización del gasto como en la mejora de la calidad. En conjunto, la evidencia revisada muestra avances importantes, pero también confirma que sigue siendo limitada la investigación en instituciones ambulatorias que integren, en una misma base analítica, variables de auditoría concurrente, ordenamientos médicos y comportamiento del costo médico. Este vacío justifica la pertinencia del presente estudio en el contexto de Viva 1A IPS.

Referente Conceptual

El análisis de la gestión en salud exige comprender la interacción entre conceptos fundamentales como los costos, la eficiencia y la auditoría, especialmente en escenarios como la consulta externa, donde las decisiones clínicas tienen un impacto directo sobre el uso de los recursos y la sostenibilidad financiera de las instituciones.

Los Costos en el Sector Salud

En el sector salud, el concepto de costo trasciende la simple erogación monetaria para convertirse en un indicador de la gestión de recursos críticos (talento humano, insumos e infraestructura) necesarios para la atención médica. Desde una visión contemporánea, el análisis de costos no debe limitarse al registro del gasto, sino que debe integrar la forma en que se organizan las decisiones de política y la eficiencia en la asignación de prioridades (Barber et al., 2020). En el contexto colombiano, este concepto implica además diferenciar el costo institucional del gasto de bolsillo, entendido como el pago directo realizado por los usuarios cuando acceden a servicios no cubiertos (Maldonado et al., 2022).

En el ámbito operativo, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) clasifica los costos en directos e indirectos, así como en fijos y variables. Los costos directos son aquellos plenamente asociables a un servicio específico, mientras que los indirectos requieren criterios de distribución técnica. Para una medición de alta precisión, se destaca el modelo Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC), el cual permite vincular el costo directamente con el tiempo dedicado por el recurso a cada actividad asistencial, facilitando la identificación de ineficiencias en el proceso (Kaplan & Porter, 2011; Shakya et al., 2025).

Eficiencia en Salud

La eficiencia en salud se define como la capacidad de generar resultados clínicos óptimos utilizando el mínimo de recursos necesarios. Sin embargo, la literatura internacional estima que una proporción significativa del gasto sanitario se pierde en desperdicios evitables, tales como la duplicidad de servicios, el uso de pruebas diagnósticas innecesarias y la falta de coordinación (OECD, 2023; Shrank et al., 2019).

Este fenómeno es particularmente crítico en la consulta externa. En este nivel de atención se concentran decisiones iniciales que pueden desencadenar "cascadas" de consumo

de recursos posteriores, multiplicando el impacto financiero de una decisión impertinente (Ray et al., 2015; Lo et al., 2024). Por tanto, el control del sobreuso de servicios de bajo valor es esencial para la sostenibilidad de instituciones como Viva 1A IPS.

La Auditoría Como Herramienta de Gestión Clínica y Financiera

La auditoría clínica ha evolucionado de ser un mecanismo punitivo a un proceso sistemático y estructurado de mejora continua, donde la práctica real se contrasta con estándares basados en evidencia (Esposito & Dal Canton, 2014; Rose & Pang, 2021). En este marco, la auditoría no solo busca la detección de errores, sino que actúa como un puente entre la calidad asistencial y la sostenibilidad económica.

Clasificación y Alcance de la Auditoría

De acuerdo con el momento de su aplicación, se distinguen tres modalidades fundamentales:

- **Auditoría Concurrente:** La auditoría concurrente se realiza durante la prestación del servicio, permitiendo evaluar en tiempo real la pertinencia de las decisiones clínicas y generar retroalimentación oportuna a los profesionales de salud, lo que la convierte en un mecanismo preventivo y correctivo de alto valor (Abu-Jeyyab et al., 2024; Ivers et al., 2012).
- **Auditoría Retrospectiva:** se lleva a cabo después de finalizada la atención, centrada en la revisión de registros clínicos y consumo de recursos, lo que limita su capacidad de intervención inmediata (Esposito & Dal Canton, 2014). Si bien aporta al aprendizaje institucional, su impacto en la eficiencia operativa es limitado pues actúa cuando el gasto ya es irreversible.
- **Auditoría Prospectiva:** se desarrolla antes de la prestación del servicio, generalmente en procesos de autorización, contribuyendo al control del gasto aunque con posibles tensiones en la práctica asistencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007). Aunque controla el gasto, puede generar barreras de acceso y tensiones en la dinámica asistencial.

Desde el punto de vista del enfoque la auditoría puede clasificarse en:

- Auditoría Clínica la cual evalúa la calidad de la atención mediante la comparación entre la práctica observada y estándares basados en evidencia, promoviendo la mejora continua y la seguridad del paciente (Rose & Pang, 2021).
- Auditoría de Pertinencia, la cual analiza si las intervenciones ordenadas son justificadas desde el punto de vista clínico, su objetivo principal es enfrentar el sobreuso de servicios, fortaleciendo la responsabilidad profesional y la alineación con las Guías de Práctica Clínica (Walewska-Zielecka et al., 2021).
- Auditoría Financiera y Administrativa la cual permite evaluar la gestión de los recursos y la coherencia de los procesos institucionales, articulando la dimensión clínica con la sostenibilidad económica. Dentro de la auditoría financiera y administrativa se enmarca la auditoría de cuentas médicas, proceso sistemático, técnico y documental orientado a verificar la concordancia entre los servicios efectivamente prestados, los registros clínicos que los soportan y la facturación generada, con el fin de garantizar que los cobros correspondan a atenciones justificadas, pertinentes y debidamente registradas, conforme a la normatividad vigente y los acuerdos contractuales (Presidencia de la República de Colombia, 2016; Ministerio de la Protección Social, 2007). En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, este proceso se articula con la garantía de la calidad y el control del gasto sanitario, verificando la coherencia entre la necesidad clínica, la atención prestada y los recursos reconocidos por los pagadores. Este enfoque se diferencia de la auditoría concurrente de pertinencia en el momento de aplicación —retrospectivo y documental frente a tiempo real— y en su objeto de verificación —soporte de facturación frente a adecuación clínica de la orden médica—, aunque ambas son complementarias dentro de la gestión del costo médico institucional.

En cuanto a su origen, la auditoría puede ser interna o externa.

- La auditoría interna se orienta al mejoramiento continuo dentro de la institución, fortaleciendo la gestión organizacional.

- La auditoría externa es realizada por entidades de control y tiene como objetivo verificar el cumplimiento normativo y contractual (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

Impacto de la Auditoría Concurrente en el Ámbito Ambulatorio

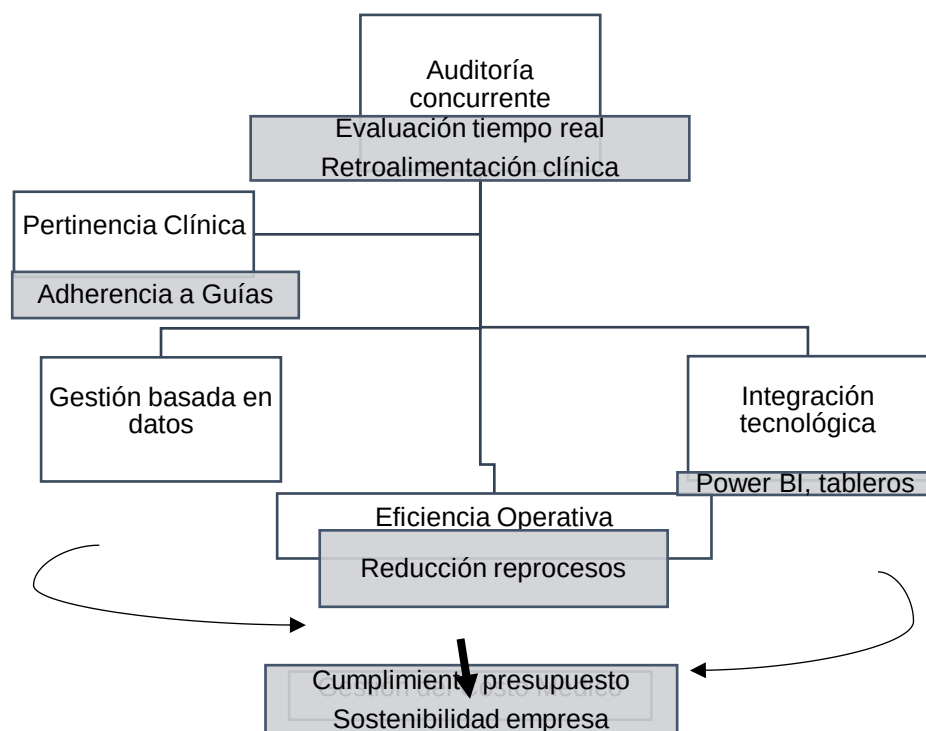
La evidencia científica respalda que las intervenciones de auditoría y retroalimentación mejoran la práctica profesional, especialmente cuando la retroalimentación es estructurada y se aplica en escenarios con bajo desempeño basal (Ivers et al., 2012, 2025). Estudios en atención primaria han demostrado que la auditoría individualizada puede reducir significativamente la solicitud innecesaria de imágenes y pruebas de laboratorio (O'Connor et al., 2022, 2023).

A pesar de sus beneficios, la implementación enfrenta barreras como la resistencia al cambio y tensiones sobre la autonomía médica. Para mitigar estos riesgos, el uso de sistemas computarizados de auditoría es fundamental, pues garantizan la trazabilidad de los datos y permiten que la información se transforme en decisiones de mejora oportunas (Tsang et al., 2022).

En consecuencia, la gestión moderna en salud requiere una integración dinámica entre los costos, la eficiencia operativa y la auditoría concurrente. La Figura No 3 representa la relación entre estas variables mediada por la pertinencia clínica, la eficiencia y la integración tecnológica dentro del modelo operativo de Viva 1A IPS.

Figura 3

Esquema Conceptual de Relación Entre Auditoría Concurrente, Costos y Eficiencia



Nota: Elaboración propia con base en Kaplan & Porter (2011), Lawal et al. (2014) y Leocádio et al. (2024).

Pertinencia Clínica en la Atención en Salud

La pertinencia clínica es un componente fundamental de la calidad de la atención en salud y se refiere al grado en que las intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento responden a las necesidades reales del paciente, sustentadas en la mejor evidencia científica disponible y en criterios de beneficio clínico esperado. Desde una perspectiva de sistema, la pertinencia implica proporcionar una atención efectiva, eficiente y

equitativa, garantizando que los recursos de salud se utilicen de manera adecuada para generar resultados favorables en salud. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) señala que los servicios de salud de calidad deben ser efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos y basados en evidencia científica.

En el ámbito de la gestión sanitaria, la evaluación de la pertinencia clínica se ha consolidado como una estrategia para promover la calidad asistencial, optimizar el uso de los recursos y fortalecer la sostenibilidad financiera de las organizaciones de salud. Según Peiró, Meneu y Bernal-Delgado (2023), la adecuación clínica constituye uno de los mecanismos más efectivos para reducir prácticas de bajo valor y mejorar simultáneamente los resultados en salud y la eficiencia organizacional.

Marco Jurídico

A continuación, se señala el marco normativo tanto nacional como internacional que reconoce la salud como un derecho fundamental y establece obligaciones específicas en materia de calidad de la atención, auditoría, habilitación de servicios, trazabilidad de la información, protección de datos personales y uso eficiente de los recursos del sistema de salud.

En este contexto, la auditoría concurrente de pertinencia se articula con dichas disposiciones, orientándose a garantizar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad en la prestación de los servicios, particularmente en el ámbito ambulatorio, donde las decisiones clínicas inciden de manera directa en el comportamiento del costo médico y en los resultados en salud.

A continuación, se presenta una tabla de síntesis que recoge los principales referentes normativos aplicables al estudio, así como su relación con el objeto de análisis

Tabla 3

Marco Jurídico Aplicable al Estudio Sobre Auditoría Concurrente y Gestión del Costo Médico

Norma / referente	Año	Objeto principal	Relación con el estudio
ODS 3. Salud y bienestar	2015	Promueve sistemas de salud accesibles, eficientes y sostenibles, con cobertura y protección financiera.	Vincula el estudio con la sostenibilidad, el uso racional de recursos y la mejora de la atención en salud.
Constitución Política de Colombia, artículo 49	1991	Reconoce la salud como servicio público a cargo del Estado y faculta su regulación, vigilancia y control.	Brinda el fundamento constitucional de la regulación, vigilancia y control sobre la prestación de servicios de salud.
Ley 100 de 1993	1993	Crea el SGSSS, define organización, financiamiento y roles de EPS e IPS.	Establece el modelo de aseguramiento y los esquemas de contratación bajo los cuales la IPS gestiona la prestación y el costo médico.
Ley Estatutaria 1751	2015	Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo, ligado a calidad, eficiencia y pertinencia.	Sustenta la necesidad de que la atención y los mecanismos de auditoría contribuyan a la pertinencia y calidad de los servicios.
Decreto 780 (Único Sectorial)	2016	Compila la normativa en salud e incluye la auditoría para mejoramiento de la calidad (PAMEC).	Define la auditoría como componente obligatorio del Sistema de Garantía de Calidad, fundamento directo del modelo de auditoría concurrente.
Resolución 429 (PAIS)	2016	Adopta la Política de Atención Integral en Salud, centrada en gestión del riesgo y APS.	Resalta la consulta externa como puerta de entrada y escenario clave de gestión del riesgo, foco del análisis de costo médico y auditoría.
Resolución 3280 (RIAS)	2018	Establece las Rutas Integrales de Atención en Salud y criterios de pertinencia y secuencia de atención.	La auditoría concurrente verifica adherencia a las RIAS, identificando órdenes no pertinentes y sobreutilización de tecnologías.
Resolución 3100	2019	Define las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores y servicios de salud.	Vincula el estudio con exigencias de calidad, seguimiento, gestión del riesgo y condiciones institucionales de prestación.
Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad	2007	Orientan la implementación del PAMEC y estandarizan el proceso de auditoría en salud.	Refuerzan la auditoría como herramienta institucional de evaluación y mejoramiento continuo.

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

39

Norma / referente	Año	Objeto principal	Relación con el estudio
de la atención en salud			
Resolución 866	2021	Define lineamientos para la interoperabilidad de la historia clínica electrónica.	Facilita trazabilidad y análisis de ordenamientos y costos, soportando la información útil para auditoría y seguimiento.
Resolución 510	2022	Reglamenta el uso obligatorio de los RIPS como soporte de la facturación electrónica en salud.	Proporciona datos estructurados para medir intensidad de uso de servicios y costos, insumo clave del modelo analítico del estudio.
Circular Externa 046 (Sistema GAUDI)	2022	Establece lineamientos para el reporte de resultados de auditoría por parte de las IPS.	Refuerza la obligación de trazabilidad, reporte y monitoreo institucional de las auditorías.
Decreto 441	2022	Regula aspectos de contratación y exige inclusión de procesos de auditoría en acuerdos de voluntades.	Exige que los contratos incluyan auditoría administrativa, técnica, financiera y de calidad, alineando el estudio con obligaciones contractuales del sector.
Ley 1581	2012	Establece el régimen general de protección de datos personales.	Sustenta el tratamiento confidencial y restringido de la información institucional utilizada en el estudio.
Resolución 8430	1993	Define normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.	Permite clasificar el estudio como investigación sin riesgo por el uso de información secundaria anonimizada.
Resolución 2275	2023	Reglamenta el soporte de la factura electrónica en salud y los procesos de envío de los RIPS bajo el nuevo estándar	Esta norma es crucial ya que proporciona los datos estructurados que se utilizaran en el estudio para medir la intensidad de uso de servicios y los costos asociados

Nota. Elaboración propia.

Diseño Metodológico de la Consultoría

Enfoque de Consultoría

Esta consultoría se desarrolló bajo un enfoque de evaluación de procesos aplicado a la auditoría concurrente de pertinencia en el ordenamiento médico, concebido como una consultoría orientada al análisis integral del desempeño operativo, técnico y estratégico del proceso institucional. Este enfoque permitió examinar de manera sistemática las actividades asistenciales y administrativas relacionadas con la toma de decisiones clínicas, con el propósito de identificar fortalezas, limitaciones, riesgos y oportunidades de mejora en la gestión de tecnologías en salud, incluyendo consultas, procedimientos, ayudas diagnósticas y medicamentos.

Desde esta perspectiva, la evaluación de procesos se centró en analizar el flujo de atención desde la generación del ordenamiento médico hasta la ejecución del servicio, revisando aspectos asociados a la pertinencia clínica, adherencia a guías de práctica clínica, racionalidad técnico-científica y uso eficiente de los recursos institucionales. Asimismo, permitió identificar reprocesos, variabilidad en la práctica clínica, solicitudes innecesarias o duplicadas y brechas operativas relacionadas con la estandarización, trazabilidad y soporte tecnológico del proceso auditor.

La consultoría se orientó no solo a describir el comportamiento operativo de la auditoría concurrente, sino también a evaluar su capacidad para contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención, la sostenibilidad financiera y la toma de decisiones basada en evidencia. En este sentido, los hallazgos obtenidos facilitaron la formulación de oportunidades de fortalecimiento relacionadas con la optimización de procesos, la estandarización de criterios clínicos, la transformación digital y el fortalecimiento institucional de la auditoría concurrente de pertinencia.

Para el desarrollo del análisis, se adoptó un enfoque cuantitativo de carácter aplicado, sustentado en información institucional consolidada sobre auditoría concurrente de pertinencia, ordenamientos médicos y comportamiento del costo médico en consulta externa durante el período 2023–2025. La información fue organizada y analizada por regional, agrupador de servicios y período mensual, permitiendo evaluar tendencias operativas, variaciones territoriales y relaciones entre la intensidad del ordenamiento, la auditoría concurrente y el comportamiento financiero institucional.

Diseño de la Consultoría

El estudio correspondió a un diseño no experimental, retrospectivo y de base institucional, con alcance descriptivo y analítico bivariado (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2023). Se desarrolló a partir de registros agregados del período 2023–2025, organizados por regional, agrupador y período mensual, sin manipulación de variables ni intervención sobre los procesos asistenciales observados.

Este diseño permitió caracterizar el comportamiento de los indicadores operativos y financieros del proceso de auditoría concurrente en consulta externa y explorar su relación con la variación del costo médico institucional.

Ruta Operativa de la Consultoría

La ejecución de la consultoría se desarrolló en una secuencia compuesta por cuatro (4) fases (Ver Figura 4):

Fase 1: Revisión documental, contextual y normativa del problema de estudio con el fin de sustentar conceptualmente la relación entre auditoría concurrente, ordenamientos médicos y comportamiento del costo médico.

Fase 2: Caracterización del proceso institucional de auditoría concurrente de Viva 1A IPS, considerando su estructura operativa, criterios de pertinencia, forma de implementación y mecanismos de retroalimentación.

Fase 3: Análisis integrado de indicadores operativos y financieros a partir de la base institucional consolidada.

Fase 4: Formulación de recomendaciones orientadas al fortalecimiento del proceso actual de auditoría concurrente y a la optimización de la gestión clínica y financiera de la institución.

Figura 4

Fases de la Consultoría Profesional



Nota. Elaboración Propia.

Alcance, Unidades de Análisis y Criterios de Selección de la Información

El alcance de esta consultoría se orientó a analizar el comportamiento del proceso de auditoría concurrente de pertinencia y su relación con la gestión del costo médico en el servicio de consulta externa de Viva 1A IPS durante el período 2023–2025. El análisis se concentró en información institucional secundaria relacionada con ordenamientos médicos, auditorías realizadas, pertinencia de las órdenes y comportamiento presupuestal, sin intervención directa sobre pacientes, profesionales o procesos asistenciales en curso.

La unidad de análisis correspondió a observaciones institucionales agregadas por período mensual, regional y agrupador de servicio, derivadas de la integración de fuentes secundarias de información de Viva 1A IPS para el período 2023–2025. Se trabajó con muestreo censal sobre la totalidad de los registros disponibles que cumplieran los criterios definidos para el análisis

- Criterios de inclusión:
 - Registros del período 2023–2025 con información completa de regional, agrupador y período mensual.
 - Registros con numerador y denominador coherentes para la construcción de indicadores de ordenamiento, auditoría y ejecución financiera.
- Criterios de exclusión
 - Estratos con volúmenes inconsistentes respecto al comportamiento histórico del agrupador, específicamente Consulta en las regionales Centrooriente, Costa y Norte para el año 2023.
 - Registros con ausencia de variables de enlace que impidieran su integración en la matriz analítica.
 - Registros duplicados no subsanables.

La exclusión focalizada de estratos se sustentó en la validación de consistencia entre numerador y denominador de los indicadores y en la comparación del comportamiento del estrato frente al patrón histórico del mismo agrupador. En particular, los registros de Consulta

en Centrooriente, Costa y Norte para 2023 fueron excluidos únicamente de los cálculos afectados por la inconsistencia, sin eliminar la regional ni el agrupador del análisis general.

Proceso ETL (Extracción, Transformación y Carga)

La información utilizada para el desarrollo del estudio fue suministrada por la Gerencia Unidad de Análisis y Métricas en Salud de Viva 1A IPS y correspondió a fuentes institucionales clínicas, operativas y financieras del período 2023–2025. Antes del procesamiento analítico, se excluyeron los campos que permitieran la identificación directa de pacientes, auditores o profesionales de salud, en cumplimiento de la ley 1581 de 2012 sobre tratamiento de datos personales. Posteriormente, las fuentes fueron integradas mediante un proceso de extracción, transformación y carga orientado a construir una matriz analítica única por período, regional y agrupador de servicio.

Extracción de la Información. La fase de extracción consistió en la identificación y organización inicial de las fuentes institucionales requeridas para el análisis. Como se presenta en la Tabla 4, se integraron tres fuentes principales: auditoría concurrente, servicios ordenados y atenciones ejecutadas, y ejecución financiera

Tabla 4

Fuentes de Extracción de Información

Fuente	Contenido	Unidad de registro	Observaciones
F1 – Auditoría concurrente	Registros de auditoría por orden médica: resultado de pertinencia, causal de no pertinencia, agrupador y regional.	Orden auditada por regional, mes y agrupador	Ocho bases regionales integradas en una sola estructura.
F2 – Servicios ordenados y atenciones ejecutadas	Volumen de consultas ejecutadas y ordenamientos médicos por agrupador, regional y período.	Registro agregado por regional, agrupador y mes.	Base consolidada institucionalmente, con depuración previa al equipo investigador.
F3 – Ejecución financiera	Presupuesto y ejecución del costo médico por agrupador y regional.	Registro agregado por regional, agrupador y mes.	Incluye los agrupadores Consulta, Laboratorio, Imagenología y Procedimientos de baja complejidad.

Nota. Elaboración propia.

La figura 5 – muestra formato en que fueron entregadas las bases por la institución

Figura 5

Fuentes Institucionales en el Proceso ETL para la Construcción de Base Analítica

	A	B	C	D	E
1	servicios	Agrupador_NT	id_mes	spc_medico_remisor	regional
2		1 Apoyo Paramedico	202501	ANESTESIOLOGIA	NORTE
3		1 Apoyo Paramedico	202501	AUXILIAR ENFERMERIA	CENTRO
4		1 Apoyo Paramedico	202501	CARDIOLOGIA	CENTRO
5		1 Apoyo Paramedico	202501	CARDIOLOGIA	CENTRO OCCIDENTE
6		1 Apoyo Paramedico	202501	CARDIOLOGIA	NOROCCIDENTE
7		1 Apoyo Paramedico	202501	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	CENTRO ORIENTE
8		1 Apoyo Paramedico	202501	CENTROS MEDICOS	SUROCCIDENTE
9		1 Apoyo Paramedico	202501	CIRUGIA DE LA MANO	EJE CAFETERO

	A	B	C	D	E
1	atenciones	spc_medico_tratante	id_mes	Regional	
2		340 TERAPIA OCUPACIONAL	202312	CENTRO ORIENTE	
3		1875 PSICOLOGIA	202305	SUROCCIDENTE	
4		16 ENDODONCIA	202305	EJE CAFETERO	
5		1399 UROLOGIA	202304	CENTRO	
6		306 UROLOGIA	202312	SUROCCIDENTE	
7		1271 NEUROCIRUGIA	202302	COSTA	
8		55 CIRUGIA MAXILOFACIAL	202312	SUROCCIDENTE	

A	B	C	D	E	F		
'DIM_sedes (3)'	Region	Departamento	Sede	Año	Mes	Presupuesto NT	E
CENTRO OCCIDENTE	TOLIMA	CRA QUINTA		2024	Ago-24	\$ 424.385.082	
NORTE	ATLANTICO	NEPS ATLÁNTICO		2024	Nov-24	\$ 230.103.304	
COSTA	ATLANTICO	MUTUAL DTC MUNICIPIOS		2024	Nov-24	\$ 0	
COSTA	ATLANTICO	MUTUAL DE TODO CORAZÓN		2024	Ago-24	\$ 108.459.131	
COSTA	CORDOBA	MUTUAL ESP. MONTERÍA		2024	Nov-24	\$ 33.727.052	
COSTA	MAGDALENA	MUTUAL S. MTA. ESP.		2024	Nov-24	\$ 166.447.277	

Nota. Capturas parciales anonimizadas de las fuentes institucionales utilizadas en el estudio.

Transformación. La fase de transformación incluyó la homologación de variables comunes, la estandarización de agrupadores, la validación de consistencia y la construcción de indicadores derivados. Las decisiones de depuración se aplicaron de forma focalizada por estrato, evitando la exclusión de agrupadores completos del análisis. La Tabla 5 resume las principales decisiones adoptadas durante esta fase.

Tabla 5

Procesos de Transformación y Validación Aplicados a la Matriz Analítica

Decisión	Criterio aplicado	Resultado
Variable de enlace	Regional, agrupador y período como llaves comunes entre las fuentes.	Integración de F1, F2 y F3 en una matriz analítica única.
Homologación de nomenclatura	Estandarización de nombres de regionales y agrupadores entre fuentes.	Coherencia estructural de la matriz consolidada.
Clasificación de agrupadores	Organización de los registros en cuatro agrupadores institucionales: Consulta, Laboratorio, Imagenología y Procedimientos de baja complejidad.	Unidad de análisis homogénea para resultados descriptivos y bivariados.
Exclusión focalizada de registros	Identificación de estratos con volúmenes inconsistentes respecto al comportamiento esperado del período, especialmente en Consulta para Centrooriente, Costa y Norte en 2023.	Preservación de la coherencia entre numerador y denominador, sin eliminar agrupadores completos.
Construcción de indicadores	Derivación de indicadores de ordenamiento, cobertura de auditoría, pertinencia y cumplimiento presupuestal a partir de las variables consolidadas.	Variables analíticas trazables y replicables.
Tratamiento de valores atípicos	Identificación de comportamientos regionales atípicos en ordenamiento y auditoría, especialmente en Norte.	Resultados conservados en el análisis, con nota de cautela en la interpretación.
Selección de variables analíticas	Inclusión de variables con consistencia operativa y estadística para el análisis descriptivo y bivariado.	Matriz final con variables de ordenamiento, auditoría, pertinencia, presupuesto, ejecución, cumplimiento y desviación presupuestal.

Nota. Elaboración propia

Carga. Como resultado del proceso ETL, se consolidó una matriz analítica final de 1.152 registros agregados, estructurada por período, regional y agrupador de servicio. Esta

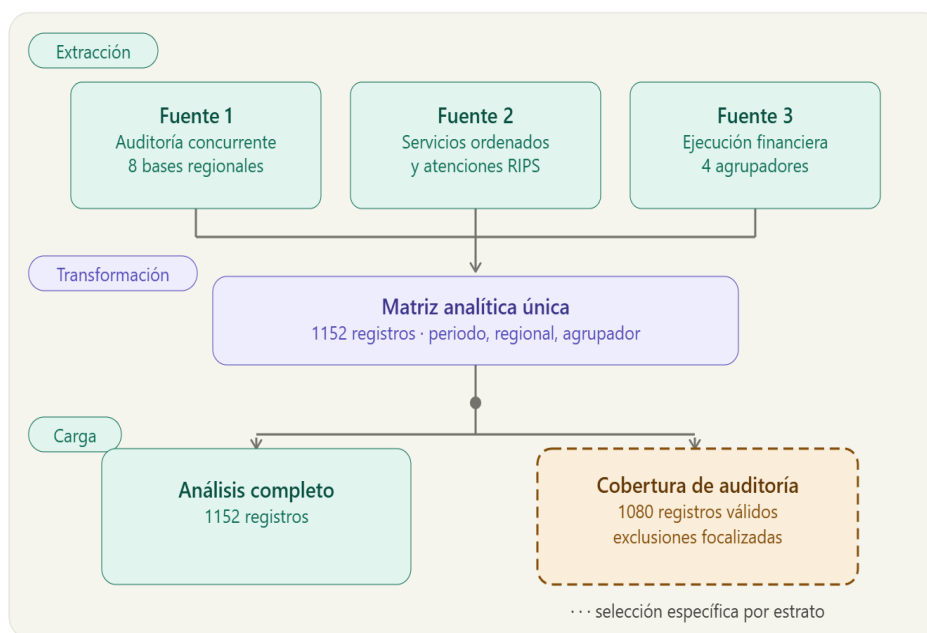
matriz integró información de ordenamiento médico, auditoría concurrente y ejecución financiera, y constituyó la base para el análisis descriptivo y bivariado del estudio.

En el caso específico de la cobertura de auditoría sobre ordenamientos, se utilizó la variable depurada `pct_auditoria_estrato`, con 1080 registros válidos. De forma complementaria, para evaluar el cumplimiento de la meta operativa institucional, se calculó la cobertura de auditoría sobre consultas, dado que la meta definida corresponde al 1,4% de las consultas ejecutadas.

La figura 6 – muestra el consolidado del proceso ETL

Figura 6

Proceso de ETL



Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025. Visualización desarrollada con soporte de herramienta de asistencia digital (Claude).

Análisis estadístico de los datos

El procesamiento estadístico se realizó en IBM SPSS Statistics, a partir de la matriz analítica consolidada correspondiente al período 2023–2025. Se desarrolló un análisis descriptivo de los indicadores de ordenamiento médico, auditoría concurrente y comportamiento financiero, y un análisis bivariado exploratorio mediante el coeficiente rho de Spearman, seleccionado por el carácter agregado de la unidad de análisis y el comportamiento no normal de las variables cuantitativas. Las asociaciones se interpretaron en términos de dirección, magnitud y significancia estadística, sin asumir relaciones causales (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2023).

La desviación presupuestal porcentual recalculada se estimó a partir de los campos financieros consolidados, mediante la fórmula: $[(\text{ejecución mensual} - \text{presupuesto mensual}) / \text{presupuesto mensual}] \times 100$. Este recálculo permitió mantener trazabilidad entre presupuesto, ejecución y la variable utilizada en el análisis bivariado.

Tabla 6

Categorización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Regional	Unidad territorial de gestión institucional	Regional a la que correspondió el registro agregado	Cualitativa	Nominal
Agrupador	Categoría institucional de agrupación del costo o servicio auditado	Agrupador reportado en la matriz consolidada	Cualitativa	Nominal
Período	Unidad temporal del análisis	Mes y año del registro consolidado	Cualitativa	Ordinal
Consultas totales	Volumen total de atención en consulta externa	Suma de consultas registradas por unidad de análisis	Cuantitativa	Razón
Órdenes totales	Volumen total de ordenamiento generado	Total de órdenes emitidas en consulta externa por unidad de análisis	Cuantitativa	Razón
Tasa de ordenamiento total	Intensidad del ordenamiento respecto a la producción asistencial	Cociente entre órdenes totales y consultas totales en cada unidad de análisis	Cuantitativa	Razón
Auditorías realizadas	Intensidad operativa del proceso de auditoría concurrente	Número total de auditorías efectuadas sobre órdenes médicas en la unidad de análisis	Cuantitativa	Razón
Cobertura de auditoría concurrente	Alcance de la auditoría sobre el universo de órdenes	Porcentaje de auditorías realizadas frente al total de órdenes de la unidad de análisis	Cuantitativa	Razón
Proporción de no pertinencia	Frecuencia relativa de no pertinencia en las órdenes auditadas	Porcentaje de órdenes no pertinentes sobre el total auditado	Cuantitativa	Razón
Presupuesto mensual	Valor planeado de gasto para la unidad de análisis	Monto presupuestado en el período por regional y agrupador	Cuantitativa	Razón

RELACION ENTRE LA AUDITORÍA CONCURRENTE Y LA GESTIÓN DEL COSTO MÉDICO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE VIVA 1A IPS DURANTE EL PERÍODO 2023–2025

50

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Ejecución mensual	Valor ejecutado de gasto en el período	Monto efectivamente ejecutado en costo médico por unidad de análisis	Cuantitativa	Razón
Cumplimiento presupuestal	Grado de ejecución frente al presupuesto	Porcentaje entre ejecución y presupuesto mensual	Cuantitativa	Razón
Desviación presupuestal porcentual	Magnitud relativa de la desviación frente al presupuesto	Porcentaje de desviación entre ejecución y presupuesto mensual	Cuantitativa	Razón

Nota. Elaboración propia

Componente Cualitativo

De manera complementaria al análisis cuantitativo, se aplicó una entrevista semiestructurada a 10 colaboradores institucionales vinculados al proceso de auditoría concurrente de pertinencia, entre ellos auditores médicos, subgerentes técnicos y la Gerencia de Métricas, con el fin de ampliar la comprensión operativa del proceso desde la perspectiva de quienes lo ejecutan. La entrevista se estructuró a partir de una guía de preguntas orientadas a los componentes operativo, tecnológico y estratégico del proceso auditor (Anexo A), aplicada en enero de 2026. Las respuestas fueron analizadas mediante síntesis narrativa y categorización temática.

Consideraciones Éticas

El estudio se enmarcó en el uso de información secundaria institucional y en la realización de entrevistas de carácter organizacional, sin intervención clínica sobre pacientes ni acceso a información individual identificable. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, durante el proceso de integración y depuración de la información se excluyó toda variable que permitiera la identificación individual de los usuarios atendidos por la institución.

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, la investigación se clasifica como sin riesgo, dado que se sustentó en el análisis de información documental y registros institucionales previamente existentes, sin manipulación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos involucrados. El análisis se realizó sobre datos agregados y anonimizados, limitando su uso a los fines académicos y técnicos del presente trabajo. Asimismo, el desarrollo del estudio contó con aval institucional para el uso de la información requerida con fines académicos y de diagnóstico.

Resultados de la Consultoría

Caracterización Estratégica del Proceso de Auditoría Concurrente de Pertinencia en Viva 1A IPS

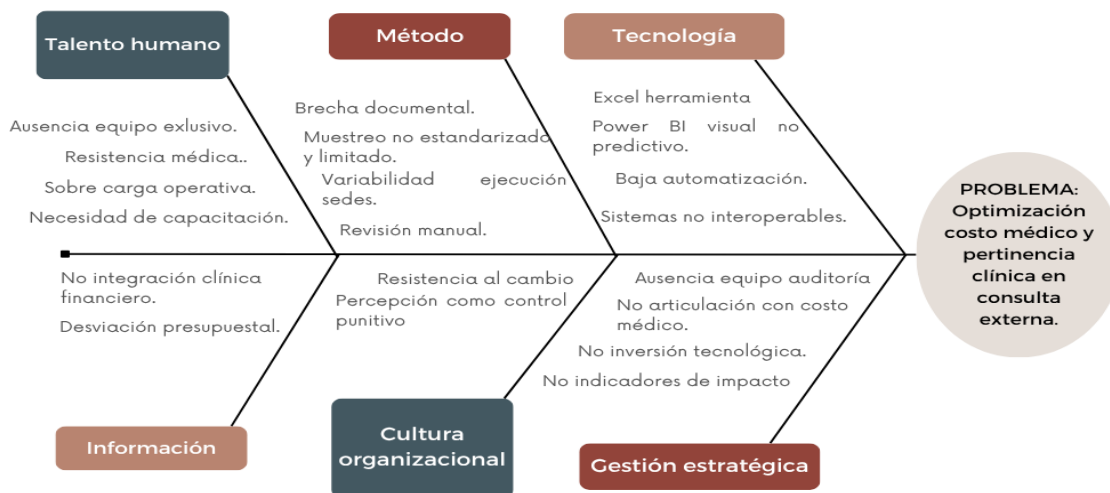
Con el propósito de establecer una línea base operativa y estratégica del proceso de auditoría concurrente de pertinencia en Viva 1A IPS, se desarrolló un análisis organizacional orientado a identificar las características funcionales del proceso, sus mecanismos de operación, capacidades institucionales y principales limitaciones estructurales.

Análisis Causal de la Efectividad del Proceso de Auditoría Concurrente de Pertinencia

A partir de la caracterización operativa del proceso, se desarrolló un análisis causal orientado a identificar los factores estructurales que puedan limitar la efectividad de la auditoría concurrente (Ver Figura 7).

Figura 7

Diagrama Causa- Efecto de Ishikawa.



Nota. Elaboración propia.

El análisis causal evidenció que las principales limitaciones del proceso no se relacionan con deficiencias en su enfoque técnico, sino con factores estructurales asociados a la estandarización operativa, limitada transformación digital y dependencia del conocimiento individual. Asimismo, se identificaron barreras culturales relacionadas con la percepción de la auditoría por parte del talento humano médico, las cuales pueden afectar la sostenibilidad y escalabilidad del proceso en un contexto institucional de operación nacional.

Análisis de Percepción del Proceso

Como parte del diagnóstico organizacional, se desarrollaron entrevistas a personal involucrado en el proceso, para lo cual se definieron preguntas orientadoras, que permitieran identificar los principales componentes operativos, tecnológicos y estratégicos que inciden en la ejecución del proceso de auditoría concurrente, los aspectos más relevantes identificados se presentan en la Tabla 7.

El proceso de auditoría concurrente de pertinencia en Viva 1A IPS se desarrolla bajo una modalidad de revisión semanal denominada institucionalmente como auditoría “en caliente”, orientada a garantizar que el profesional auditado conserve recordación clínica del caso al momento de recibir la retroalimentación. Este enfoque busca fortalecer la oportunidad de intervención, mejorar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica (GPC) y favorecer procesos de aprendizaje clínico inmediato.

La selección de casos auditados corresponde aproximadamente al 1,40% del total de consultas atendidas durante la semana inmediatamente anterior. El proceso de muestreo no se realiza de manera aleatoria; por el contrario, prioriza agrupadores de servicios y patrones de ordenamiento que presentan desviaciones frente al comportamiento histórico institucional consolidado desde el año 2018. Esta metodología permite focalizar la auditoría sobre eventos con mayor probabilidad de impertinencia clínica o impacto en el costo médico.

La ejecución de la auditoría se realiza mediante evaluación entre pares, con participación de profesionales médicos que rotan de acuerdo con su experiencia clínica en áreas específicas como morbilidad o promoción y mantenimiento de la salud. Aunque este modelo favorece la validez técnica de los hallazgos y la aceptación por parte del talento humano médico, también genera desafíos relacionados con la continuidad operativa, la estandarización metodológica y la gestión del conocimiento institucional.

Tabla 7

Aspectos Clave Proceso Auditoría Concurrente Viva 1A IPS

Dimensión	Descripción
Objetivo	Garantizar la calidad de la historia clínica, la racionalidad del ordenamiento médico para evitar desperdicios y asegurar la seguridad del paciente.
Estándares de Evaluación	Adherencia a Guías de Práctica Clínica (GPC).
Soporte Tecnológico	Excel para el registro y Power BI para graficar tendencias de pertinencia y no pertinencia.
Gestión de Hallazgos	Intervención personalizada, cierre de cada caso en promedio de 5 a 7 días tras la identificación del hallazgo.
Cultura Organizacional	Alta aceptación, no afectación de la autonomía clínica. Comités médicos quincenales
Indicadores Clave (KPIs)	Porcentaje de cumplimiento global, Plan de manejo y Racionalidad técnico-científica.
Documentación del proceso	Documento codificado en el sistema de calidad, no describe el algoritmo detallado ni el proceso táctico (muestreo, tiempos, intervenciones), dificulta las transiciones de cargo.

Nota. Elaboración a partir de entrevistas a personas relacionadas con el proceso de auditoría concurrente de pertinencia Viva 1A IPS.

Los hallazgos identificados evidencian que Viva 1A IPS dispone de un proceso de auditoría concurrente con orientación técnica sólida y aceptación organizacional favorable; sin

embargo, persisten limitaciones relacionadas con la estandarización operativa, dependencia del conocimiento individual y baja automatización tecnológica.

Análisis de Resultados de la Auditoría Concurrente de Pertinencia.

Los hallazgos del diagnóstico organizacional establecen el contexto estructural y operativo del proceso auditor. A partir de este punto, el análisis se desplaza hacia la evidencia cuantitativa, examinando el comportamiento de los ordenamientos médicos, la auditoría concurrente y el costo médico durante el período 2023–2025, con el fin de identificar patrones, relaciones y variaciones relevantes para la gestión clínica y financiera institucional

Ordenamiento Médico

Durante el período 2023–2025, el servicio de consulta externa de Viva 1A registró en total 14.547.353 consultas y 37.988.469 ordenamientos médicos. Para el análisis de este comportamiento se utilizó la proporción de ordenamiento, definida como el número de servicios médicos generados por cada consulta realizada, incluyendo exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas, procedimientos y remisiones a especialistas. La proporción global disminuyó de 2,81 órdenes por consulta en 2023 a 2,44 en 2025, lo que representa una reducción del 12,9% en el período evaluado. Este comportamiento descendente se mantiene consistente al analizarse por regional, tipo de profesional y agrupador de servicios, como se presenta a continuación.

Comportamiento por Regional

Figura 8

Proporción de Ordenamiento Médico por Regional y Año, 2023–2025

Año Regional	2023	2024	2025
Centro	3,28	3,25	3,27
Centrooccidente	2,24	2,06	1,93
Centrooriente	2,46	2,02	1,92
Costa	1,84	1,44	1,57
Eje Cafetero	2,78	2,46	2,30
Noroccidente	3,31	3,27	3,10
Norte	0,96	0,55	1,01
Suroccidente	4,43	3,31	2,32
Total	2,81	2,57	2,44

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

La Figura 8 muestra que la reducción en la proporción de ordenamiento no fue uniforme entre las regionales. En 2023, Suroccidente presentó la mayor intensidad de ordenamiento con 4,43 órdenes por consulta, seguida de Noroccidente con 3,31 y Centro con 3,28. Para 2025, Suroccidente registró una reducción marcada hasta 2,32 órdenes por consulta, configurando la disminución más relevante del período entre todas las regionales.

En contraste, Centro y Noroccidente mantuvieron niveles altos y relativamente estables a lo largo de los tres años. En 2025, estas regionales registraron 3,27 y 3,10 órdenes por consulta respectivamente, posicionándose como las regionales con mayor intensidad de ordenamiento al cierre del período.

La regional Norte presentó el comportamiento más diferenciado de la serie, con valores de 0,96 en 2023, 0,55 en 2024 y 1,01 en 2025, notablemente inferiores al patrón observado en las demás regionales.

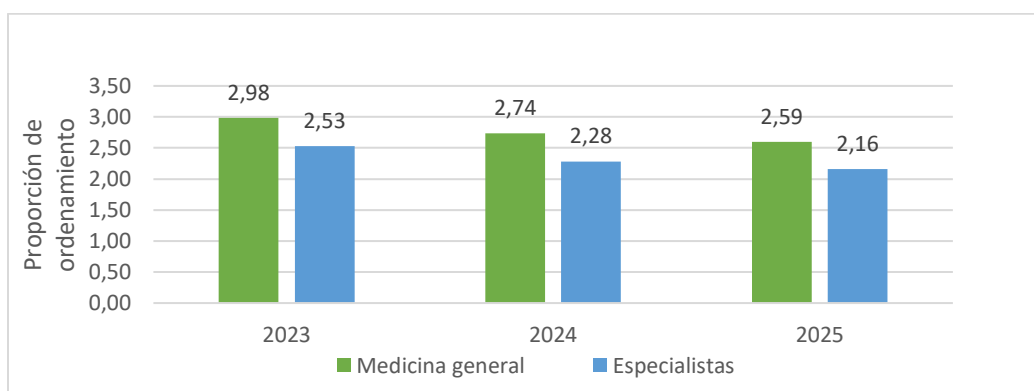
Comportamiento por Tipo de Profesional

Al analizar la proporción de ordenamiento según el perfil del profesional, se encontró que medicina general mantuvo una mayor intensidad de ordenamiento frente a los especialistas durante todo el período evaluado. En medicina general, la proporción pasó de 2,98 órdenes por consulta en 2023 a 2,59 en 2025, equivalente a una reducción del 13,1%. En especialistas, el valor disminuyó de 2,53 a 2,16 órdenes por consulta, con una reducción del 14,6%. Esto se observa en la figura 9.

Aunque ambos grupos mostraron una tendencia descendente sostenida, la brecha entre ellos se mantuvo estable a lo largo del período: medicina general presentó una proporción de ordenamiento superior a la de especialistas en un 17,8% en 2023, un 20,2% en 2024 y un 19,9% en 2025. Dado que medicina general concentra el mayor volumen de consultas institucionales, su comportamiento tiene un peso determinante en la proporción global de ordenamiento.

Figura 9

Proporción de Ordenamiento Según Tipo de Profesional



Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

Comportamiento por Agrupador de Servicios

Los agrupadores de servicios corresponden a las categorías institucionales que clasifican los distintos tipos de ordenamiento médico: laboratorio clínico, imagenología, consulta por especialidad o remisión, y procedimientos de baja complejidad. La Tabla 8 presenta la proporción de ordenamiento para cada agrupador durante el período evaluado.

Tabla 8

Proporción de Ordenamiento por Agrupador de Servicio 2023-2025

Agrupador	2023	2024	2025	Variación 2023–2025
Laboratorio	2,20	2,00	1,90	-14%
Imagenología	0,23	0,15	0,13	-42%
Consulta	0,27	0,25	0,26	-5%
Procedimiento de baja complejidad	0,20	0,17	0,15	-26%

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

El laboratorio clínico concentró la mayor proporción de ordenamiento durante todo el período, pasando de 2,20 órdenes por consulta en 2023 a 1,90 en 2025, con una reducción del 14%. Imagenología presentó la reducción proporcional más marcada, al disminuir de 0,23 a 0,13 órdenes por consulta, equivalente a una caída del 42%. Los procedimientos de baja complejidad mostraron igualmente una tendencia descendente, con una reducción del 26% entre 2023 y 2025.

El agrupador de consulta por especialidad y remisión mostró un comportamiento estable, con valores de 0,27 en 2023, 0,25 en 2024 y 0,26 en 2025, equivalente a una variación de -5%.

El comportamiento diferenciado por regional, profesional y agrupador constituye el contexto sobre el cual se analiza a continuación el proceso de auditoría concurrente de pertinencia.

Auditoría Concurrente

La auditoría concurrente se analizó como el proceso institucional orientado a revisar la pertinencia de los ordenamientos médicos generados en consulta externa. La medición se centró en identificar qué proporción de los ordenamientos médicos fue revisada y cuál fue el resultado de dicha revisión en términos de pertinencia clínica

Comportamiento Anual de la Auditoría Concurrente de Pertinencia

Para caracterizar inicialmente el proceso auditor, la Tabla 9 presenta el volumen anual de auditorías realizadas, la cobertura frente al total de consultas, la cobertura complementaria frente al total de ordenamientos y el resultado de dichas auditorías en términos de pertinencia durante el período 2023–2025.

Tabla 9

Comportamiento Anual de la Auditoría Concurrente 2023-2025

Año	Nº Auditorías	Auditorías sobre consultas (%)	Auditorías sobre ordenamientos (%)	Órdenes pertinentes	Pertinencia (%)
2023	69.584	1,39	0,49	41.231	59,25
2024	88.427	1,84	0,71	57.856	65,43
2025	82.525	1,75	0,72	54.889	66,51

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

Durante el período 2023–2025 se registraron 240.536 auditorías concurrentes. El mayor volumen se observó en 2024, con 88.427 auditorías, seguido de 2025 con 82.525 y 2023 con 69.584.

Al relacionar este volumen con el total de consultas realizadas, la cobertura acumulada fue de 1,66%, valor superior a la meta operativa institucional del 1,4%. Por año, la cobertura fue de 1,39% en 2023, 1,84% en 2024 y 1,75% en 2025. En este sentido, el proceso auditor se ubicó prácticamente en el nivel esperado en 2023 y superó la meta institucional en 2024 y 2025.

De manera complementaria, al relacionar las auditorías con el total de ordenamientos médicos generados, la cobertura fue de 0,49% en 2023, 0,71% en 2024 y 0,72% en 2025, para un acumulado de 0,63% en el período. Este segundo indicador permite dimensionar la proporción de órdenes efectivamente auditadas, pero no reemplaza la lectura de cumplimiento operativo, dado que la meta institucional se encuentra definida sobre consultas.

En cuanto al resultado auditor, se observó una mejora progresiva de la pertinencia clínica, que pasó de 59,25% en 2023 a 65,43% en 2024 y 66,51% en 2025. Este comportamiento sugiere una mejora en el resultado de la auditoría durante el período evaluado, aunque su interpretación debe considerar el carácter selectivo del proceso y la posibilidad de que los focos de revisión hayan variado entre años.

Comportamiento por Regional

Luego de revisar el comportamiento anual general, se analizó la distribución regional de la auditoría. La Tabla 10 permite observar simultáneamente dos dimensiones: la cobertura operativa sobre consultas, entendida como la relación entre auditorías realizadas y consultas ejecutadas, y la pertinencia clínica, entendida como el resultado de las auditorías realizadas

Tabla 10

Cobertura y Pertinencia de la Auditoría Concurrente por Regional 2023-2025

Regional	Cobertura 2023 (%)	Cobertura 2024 (%)	Cobertura 2025 (%)	Pertinencia 2023 (%)	Pertinencia 2024 (%)	Pertinencia 2025 (%)
Centro	0,55	0,97	1,31	0	50,48	51,37
Centrooccidente	0,97	0,77	0,86	65,21	67,44	66,62
Centrooriente	1,81	1,84	1,49	65,55	67,18	69,06
Costa	0,7	0,14	0,06	89,94	60,54	55,88
Eje Cafetero	1	1,22	1,56	74,17	68,99	70,57
Noroccidente	1,05	1,24	1,42	43,62	60,32	69,35
Norte	4,53	10,89	16,89	69,64	65,57	69,44
Suroccidente	3,59	4,23	1,03	61,71	73,23	73,83

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

Como se observa en la Tabla 10, la cobertura de auditoría sobre consultas no se distribuyó de manera homogénea entre regionales. Norte presentó valores marcadamente superiores al resto del país durante los tres años evaluados, especialmente en 2024 y 2025. Este comportamiento debe interpretarse con cautela y dentro del contexto operativo regional, dado que no necesariamente representa un mejor desempeño clínico, sino una mayor intensidad relativa del proceso auditor frente al volumen de consultas.

Suroccidente también presentó coberturas superiores a la meta institucional en 2023 y 2024, aunque con una reducción importante en 2025. Centrooriente superó la meta operativa durante los tres años evaluados, mientras que Noroccidente alcanzó el nivel esperado en 2025. En contraste, Costa registró coberturas bajas durante todo el período, especialmente en 2024 y 2025.

La Tabla 10 también evidencia diferencias territoriales en la pertinencia. Suroccidente presentó los valores más altos en 2024 y 2025, con 73,23% y 73,83%, respectivamente. Eje

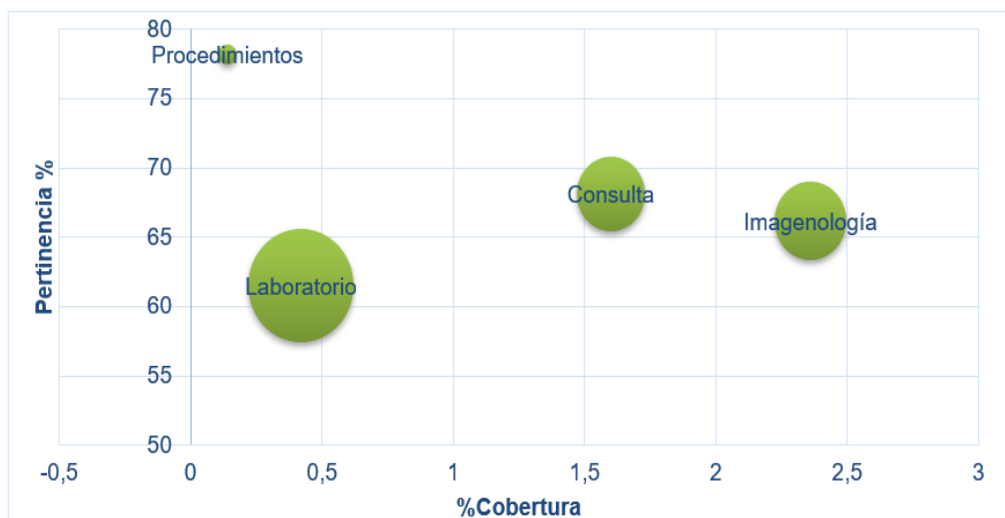
Cafetero, Centrooriente, Centrooccidente, Norte y Noroccidente presentaron niveles de pertinencia superiores al 60% en al menos dos de los años evaluados. Noroccidente mostró una mejora progresiva, al pasar de 43,62% en 2023 a 69,35% en 2025.

Comportamiento por Agrupador de Servicios

Además del análisis regional, se revisó el comportamiento de la auditoría según agrupador de servicios. La Figura 10 sintetiza tres dimensiones del proceso auditor: cobertura de auditoría sobre ordenamientos, pertinencia clínica y volumen acumulado de auditorías realizadas entre 2023 y 2025.

Figura 10

Indicadores Acumulados de Auditoría Concurrente por Agrupador 2023-2025



Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025. El tamaño de la burbuja representa el volumen acumulado de auditorías realizadas durante el período.

Como se observa en la Figura 10 Laboratorio concentró el mayor volumen de auditorías del período, con 124.344 auditorías acumuladas. Sin embargo, presentó una cobertura relativa sobre ordenamientos de 0,42% y una pertinencia acumulada de 61,51%.

Imagenología acumuló 59.268 auditorías, con una cobertura sobre ordenamientos de 2,36% y una pertinencia de 66,19%. Consulta registró 53.809 auditorías, con una cobertura de 1,60% y una pertinencia de 68,14%. Por su parte, los Procedimientos de baja complejidad tuvieron el menor volumen auditado, con 3.551 auditorías acumuladas, pero alcanzaron la mayor pertinencia del período, con 78,20%.

Al revisar la evolución anual de la pertinencia por agrupador, el cambio más relevante se presentó en Laboratorio, cuya pertinencia aumentó de 52,33% en 2023 a 63,52% en 2024 y 65,55% en 2025. Este comportamiento resulta importante porque Laboratorio fue el agrupador con mayor volumen auditado y, a la vez, mostró una mejora sostenida en el resultado auditor.

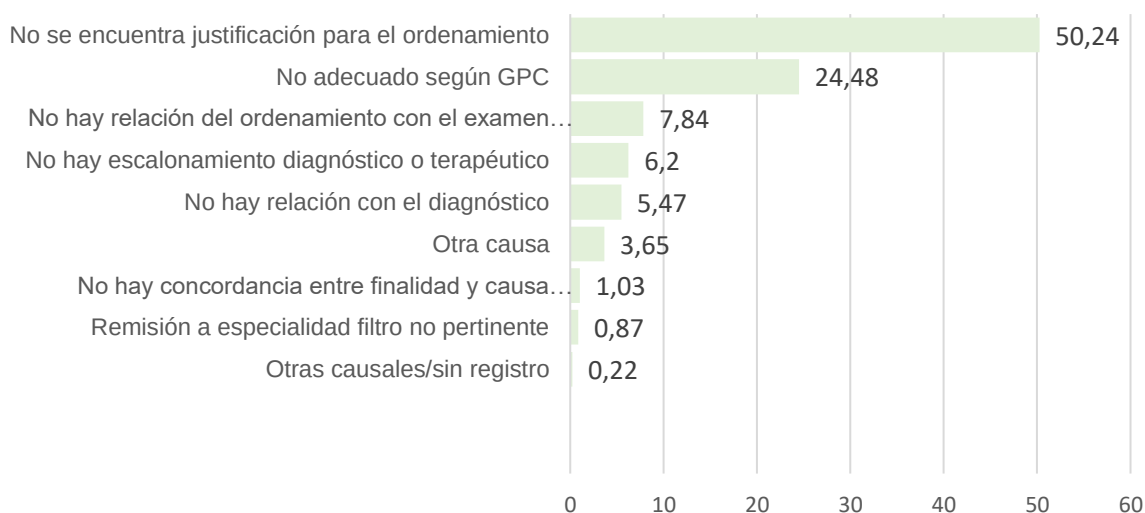
En Consulta, la pertinencia pasó de 65,07% en 2023 a 69,80% en 2024 y 69,44% en 2025. Imagenología mantuvo niveles relativamente estables, con 68,69% en 2023, 65,45% en 2024 y 64,50% en 2025. Finalmente, los Procedimientos de baja complejidad conservaron los niveles más altos de pertinencia, aunque con una reducción frente a 2023, pasando de 80,31% en 2023 a 74,48% en 2025.

Causales de No Pertinencia

Para complementar la caracterización del proceso auditor, se analizaron las causales acumuladas de no pertinencia identificadas durante el período 2023–2025. La Figura 11 presenta los principales motivos registrados.

Figura 11

Principales Causales Acumulados de No Pertinencia en la Auditoría Concurrente, 2023-2025



Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

La principal causal de no pertinencia fue la ausencia de justificación para el ordenamiento, con el 50,24% de los casos, seguida de la no adecuación según guías de práctica clínica, con el 24,48%. En conjunto, estas dos causales concentraron el 74,72% de la no pertinencia identificada. Este patrón es consistente con lo documentado en la literatura internacional, que señala la variabilidad clínica injustificada y la baja adherencia a guías de práctica clínica como los principales determinantes del ordenamiento no pertinente en el primer nivel de atención (Ivers et al., 2025; Sarkies et al., 2023).

Las demás causales tuvieron una participación menor, destacándose la ausencia de relación del ordenamiento con el examen físico, el no escalonamiento diagnóstico o terapéutico y la ausencia de relación con el diagnóstico. Aunque la distribución de causales presentó variaciones por regional y algunos cambios entre años, el patrón acumulado se concentró

principalmente en aspectos relacionados con el soporte clínico del ordenamiento y la adherencia a criterios técnicos.

La concentración de la no pertinencia en aspectos relacionados con la justificación clínica y la adherencia a guías de práctica clínica permite identificar los focos sobre los cuales orientar el fortalecimiento del proceso auditor, los cuales se retoman en el componente de recomendaciones. A continuación, se examina el comportamiento financiero institucional durante el mismo período, con el fin de identificar la evolución del costo médico por regional y agrupador de servicio.

Comportamiento Costo Médico

El componente del costo médico se analizó a partir del comportamiento entre el presupuesto asignado y la ejecución real de los servicios incluidos en el estudio. Para facilitar la interpretación, el cumplimiento presupuestal se leyó frente al punto de equilibrio del 100%: valores superiores indican ejecución por encima del presupuesto, mientras que valores inferiores reflejan ejecución por debajo de lo presupuestado.

Durante el período 2023–2025, el comportamiento financiero mostró una reducción progresiva de la sobre ejecución presupuestal. A nivel institucional, el cumplimiento pasó de 118,62% en 2023 a 111,98% en 2024 y 96,37% en 2025.

Como se observa en la Tabla 11, la ejecución financiera fue superior al presupuesto en 2023 y 2024, aunque con una disminución importante entre ambos años. En 2023, la desviación fue de 18,62%, mientras que en 2024 se redujo a 11,98%. Para 2025, el cumplimiento presupuestal se ubicó en 96,37%, lo que representa una ejecución inferior al presupuesto.

Tabla 11

Comportamiento Anual del Cumplimiento Presupuestal 2023-2025

Año	Presupuesto	Ejecución	Cumplimiento presupuestal	Desviación absoluta	Desviación porcentual
2023	\$178.564	\$211.808	118,62%	\$33.244	18,62%
2024	\$177.711	\$198.994	111,98%	\$21.283	11,98%
2025	\$183.812	\$177.142	96,37%	-\$6.669	-3,63%

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales. Valores expresados en millones de pesos colombianos.

Cumplimiento Presupuestal por Regional

Después de revisar el comportamiento anual general, se analizó la distribución del cumplimiento presupuestal por regional. La Figura 12 presenta el comportamiento de las ocho regionales durante el período evaluado permitiendo identificar diferencias territoriales en la ejecución frente al presupuesto.

Figura 12

Cumplimiento Presupuestal por Regional y Año, 2023–2025

Regional	2023	2024	2025
Centro	123%	114%	100%
Centrooccidente	137%	102%	85%
Centrooriente	102%	108%	102%
Costa	121%	108%	96%
Eje Cafetero	157%	147%	73%
Noroccidente	118%	114%	89%
Norte	121%	118%	115%
Suroccidente	102%	102%	77%

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

Como se observa en la Figura 12, en 2023 todas las regionales presentaron ejecución superior al presupuesto, aunque con magnitudes diferentes. Eje Cafetero registró la mayor desviación presupuestal con 157,34%, seguido de Centrooccidente con 137,29%.

En 2024, la mayoría de regionales continuó por encima del presupuesto, aunque con una reducción en varias de ellas. Para 2025, el comportamiento cambió de manera más marcada: Eje Cafetero, Suroccidente, Centrooccidente, Noroccidente, Costa y Centro pasaron a niveles inferiores o cercanos al 100%. En contraste, Norte se mantuvo por encima del presupuesto durante todo el período, con 120,53% en 2023, 118,09% en 2024 y 114,79% en 2025. Centro oriente también cerró 2025 ligeramente por encima del equilibrio, con 102,04%.

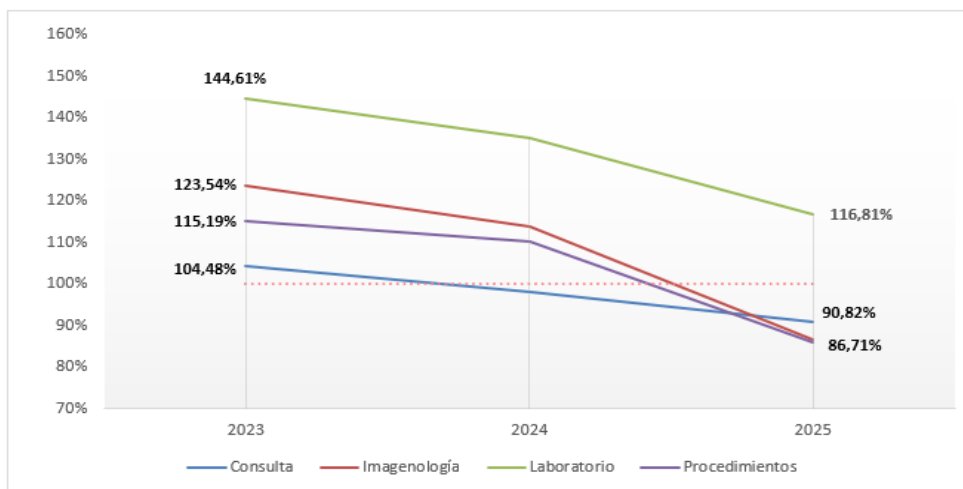
En términos territoriales, la mejora financiera no fue homogénea. Algunas regionales presentaron reducciones importantes de la sobre ejecución, mientras que Norte mantuvo un comportamiento persistentemente superior al presupuesto.

Cumplimiento Presupuestal por Agrupador De Servicios

Además del análisis regional, se revisó el cumplimiento presupuestal por agrupador de servicios. La Figura 13 presenta el comportamiento anual del cumplimiento para Consulta, Imagenología, Laboratorio y Procedimientos de baja complejidad durante el período 2023–2025, tomando como referencia el punto de equilibrio presupuestal del 100%.

Figura 13

Cumplimiento Presupuestal Anual por Agrupador de Servicio, 2023–2025



Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025.

Como se observa en la Figura 13, Laboratorio fue el agrupador con mayor presión financiera durante todo el período, dado que se mantuvo por encima del presupuesto en los tres años evaluados. No obstante, también presentó una variación favorable, al pasar de 144,61% en 2023 a 135,07% en 2024 y 116,81% en 2025. Esto muestra que, aunque continuó siendo el principal foco de sobre ejecución presupuestal, la magnitud de la desviación disminuyó de forma sostenida.

Imagenología también presentó ejecución superior al presupuesto en 2023 y 2024, con cumplimientos de 123,54% y 113,86%, respectivamente. Para 2025, el agrupador se ubicó por debajo del punto de equilibrio presupuestal, con 86,71%, lo que evidencia un cambio hacia la subejecución frente al presupuesto asignado.

Los procedimientos de baja complejidad mostraron un comportamiento similar. En 2023 y 2024 se mantuvieron por encima del presupuesto, con 115,19% y 110,11%, respectivamente; sin embargo, en 2025 descendieron a 85,97%, ubicándose por debajo del 100%. Este resultado indica una reducción importante en la presión financiera del agrupador durante el último año evaluado.

Por su parte, Consulta fue el agrupador con comportamiento más cercano al equilibrio presupuestal. En 2023 presentó una ejecución ligeramente superior al presupuesto, con 104,48%; en 2024 se ubicó prácticamente en equilibrio, con 98,26%; y en 2025 descendió a 90,82%. En comparación con los demás agrupadores, Consulta mostró desviaciones menos marcadas y una trayectoria más cercana al punto de referencia.

En conjunto, el análisis por agrupador muestra que la mejora financiera institucional no se comportó de manera uniforme entre servicios. Laboratorio continuó siendo el principal foco de sobre ejecución, aunque con reducción progresiva; Imagenología y Procedimientos de baja complejidad pasaron de sobre ejecución a subejecución en 2025; y Consulta mantuvo una dinámica más próxima al equilibrio presupuestal durante el período evaluado.

Los tres bloques anteriores —ordenamiento médico, auditoría concurrente y comportamiento financiero— describen de forma independiente la evolución de cada componente durante el período 2023–2025. El análisis bivariado que se presenta a continuación integra estas dimensiones para explorar si existe una relación estadísticamente significativa entre la intensidad del ordenamiento, el proceso auditor y la variación del costo médico institucional.

Análisis Bivariado

Para explorar la relación entre los indicadores de ordenamiento médico, auditoría concurrente y la variación del costo médico, se aplicó el coeficiente rho de Spearman, seleccionado por el carácter agregado de la unidad de análisis y el comportamiento no normal de las variables cuantitativas. La variable dependiente fue la desviación presupuestal porcentual recalculada. Los resultados se presentan en la Figura 14.

Figura 14

Correlaciones de Spearman entre Indicadores de Ordenamiento, Auditoría Concurrente Y Desviación Presupuestal Porcentual, 2023–2025

Correlaciones de Spearman — Desviación presupuestal porcentual (variable dependiente)		
Rho de Spearman bilateral N = 1.152 registros Nivel de significancia: p < 0,05		
Variable independiente	Rho de Spearman	Significancia
Bloque 1 — Ordenamiento médico		
Proporción de ordenamiento total	0,287 **	Significativa
Proporción de ordenamiento — medicina general	0,314 **	Significativa
Proporción de ordenamiento — especialidades	0,195 **	Significativa
Bloque 2 — Auditoría concurrente		
Número de auditorías realizadas	0,135 **	Significativa *
Cobertura sobre consultas ejecutadas	0,133 **	Significativa *
Cobertura sobre ordenamientos	−0,007	No significativa (p = 0,808)
Pertinencia clínica	−0,056	No significativa (p = 0,092)
No pertinencia clínica	0,048	No significativa (p = 0,152)
Leyenda		
Correlación positiva fuerte (rho ≥ 0,30)		
Correlación positiva moderada (rho 0,20–0,29)		
Correlación positiva débil (rho < 0,20)		
No significativa (p ≥ 0,05)		
Significativa con cautela — selección focalizada (*)		

Nota. Elaboración propia con base en registros institucionales de Viva 1A IPS, 2023–2025. Análisis bivariado mediante coeficiente rho de Spearman en IBM SPSS Statistics. Visualización desarrollada con soporte de herramienta de asistencia digital (Claude).

Los resultados muestran que las variables de ordenamiento médico presentaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas con la desviación presupuestal. La proporción de ordenamiento de medicina general registró la asociación más fuerte de magnitud débil a moderada según la escala de interpretación de coeficientes de correlación (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2023) ($\rho = 0,314$, $p < 0,001$), seguida de la proporción de ordenamiento total, de magnitud débil ($\rho = 0,287$, $p < 0,001$) y la proporción de especialidades también de magnitud débil ($\rho = 0,195$, $p < 0,001$), confirmando que una mayor intensidad de ordenamiento se asocia con mayor presión financiera institucional, sin que ninguna de las asociaciones alcance una magnitud fuerte o consistente que sugiera correlación robusta.

En el bloque de auditoría concurrente, el número de auditorías realizadas y la cobertura sobre consultas mostraron correlaciones positivas significativas de magnitud muy débil con la desviación ($\rho = 0,135$ y $0,133$ respectivamente, $p < 0,001$). Este resultado refleja el efecto de selección focalizada propio del proceso auditor: la auditoría se concentra donde existe mayor presión financiera, lo que es coherente con su diseño operativo y no implica una relación causal entre auditar y mayor desviación.

La pertinencia clínica ($\rho = -0,056$; $p = 0,092$) y la no pertinencia ($\rho = 0,048$; $p = 0,152$) no mostraron correlación estadísticamente significativa con la desviación presupuestal a nivel global. Un análisis exploratorio estratificado por agrupador de servicio mostró resultados consistentes con este hallazgo: la pertinencia clínica no presentó asociación significativa en ninguno de los cuatro agrupadores evaluados (ρ entre $-0,10$ y $0,10$; $p > 0,09$ en todos los casos). Al explorar la estratificación por regional, se identificaron asociaciones significativas entre pertinencia clínica y desviación presupuestal en 3 de las 8 regionales, lo que sugiere una posible heterogeneidad geográfica en este efecto.

Limitaciones de la Consultoría

La presente consultoría se orientó a determinar la relación entre la auditoría concurrente de pertinencia y la gestión del costo médico en el servicio de consulta externa de Viva 1A IPS durante el período 2023–2025. En concordancia con este objetivo, el análisis se centró en la evaluación de la pertinencia del ordenamiento médico, el comportamiento del costo médico y las asociaciones estadísticas entre las variables definidas en el diseño metodológico.

En este contexto, la investigación no incluyó la evaluación de procesos posteriores a la atención asistencial, tales como la auditoría de cuentas médicas, la gestión de glosas, la radicación de facturación o el recaudo ante las entidades responsables de pago. Aunque estos componentes hacen parte del ciclo de ingresos de las instituciones prestadoras de servicios de salud y contribuyen a su sostenibilidad financiera, responden a objetivos, indicadores y dinámicas operativas diferentes a los abordados en esta consultoría. En consecuencia, los resultados no deben extrapolarse a la reducción de glosas médicas, la optimización del flujo de caja o la eficiencia de los procesos de facturación.

Dentro del alcance definido, el estudio presenta además limitaciones metodológicas propias del diseño. En primer lugar, el proceso de auditoría concurrente opera de manera focalizada y no aleatoria —sobre aproximadamente el 1,4% de las consultas, priorizando patrones históricos de desviación—, lo que restringe la generalización de sus hallazgos de pertinencia al comportamiento agregado institucional. En segundo lugar, el carácter observacional, retrospectivo y correlacional del estudio no permite establecer relaciones causales, únicamente asociaciones estadísticas; en este sentido, la mejora en el cumplimiento presupuestal observada entre 2023 y 2025 pudo estar influenciada por factores no controlados en el diseño, tales como el incremento del presupuesto asignado en 2025, posibles ajustes tarifarios o contractuales, la inflación en salud y otras intervenciones institucionales

concurrentes. En tercer lugar, el componente cualitativo se basó en una entrevista semiestructurada aplicada a diez colaboradores, seleccionados de forma no probabilística, por lo cual sus hallazgos son ilustrativos del contexto operativo y no representan estadísticamente a la totalidad del talento humano institucional.

Finalmente, se realizaron pruebas exploratorias de estratificación del análisis bivariado por agrupador de servicio y por regional (ver Análisis Bivariado). La estratificación por agrupador confirmó la ausencia de asociación significativa entre pertinencia clínica y desviación presupuestal, reforzando la consistencia del hallazgo global. La estratificación por regional, en cambio, sugirió una posible heterogeneidad geográfica; no obstante, esta exploración evidenció que estratificar en una sola dimensión mezcla la heterogeneidad estructural de la otra, con riesgo de sesgos de agregación, y que el cruce simultáneo de ambas dimensiones reduce el tamaño de muestra disponible a aproximadamente 36 observaciones mensuales por celda, insuficiente para una estimación estadísticamente robusta

Conclusiones

1. El proceso de auditoría concurrente de pertinencia implementado en Viva 1A IPS evidenció una estructura técnica sólida, caracterizada por la evaluación entre pares, la retroalimentación clínica oportuna y el uso de Guías de Práctica Clínica como referente de análisis, elementos que favorecieron su aceptación organizacional y consolidación como herramienta institucional de gestión clínica. No obstante, su sostenibilidad y escalabilidad a nivel nacional continúan condicionadas por limitaciones relacionadas con la estandarización operativa, la baja automatización tecnológica y la dependencia del conocimiento individual.
2. Durante el período 2023–2025 se observó una reducción sostenida de la intensidad de ordenamiento médico, particularmente en servicios de laboratorio clínico e imagenología, acompañada de una disminución progresiva de la sobre ejecución presupuestal del costo médico, pasando de 118,62% en 2023 a 96,37% en 2025. Estos hallazgos evidencian una mejora institucional en la racionalidad del uso de recursos y en el control del costo médico en consulta externa, sin que dicha mejora pueda atribuirse de forma exclusiva a la auditoría concurrente, dado que otros factores no controlados en el diseño del estudio pudieron contribuir al resultado (ver limitaciones).
3. El análisis bivariado evidenció que una mayor intensidad de ordenamiento médico se asoció con mayor desviación presupuestal, especialmente en medicina general ($\rho = 0,314$; $p < 0,001$), confirmando que las decisiones clínicas adoptadas en el primer nivel de atención se asocian de forma relevante con el comportamiento financiero institucional y un punto estratégico para las intervenciones de auditoría concurrente.

4. La cobertura de auditoría concurrente y los indicadores globales de pertinencia clínica no mostraron asociación estadísticamente significativa con la desviación presupuestal institucional, resultado que debe interpretarse considerando el contexto del diseño operativo del proceso, dado su carácter focalizado y la baja proporción de cobertura sobre el total de consultas.
5. Las principales causas de no pertinencia identificadas fueron la ausencia de justificación clínica y la falta de adherencia a las Guías de Práctica Clínica, concentrando más del 70% de los hallazgos, lo que evidencia oportunidades concretas para fortalecer los procesos de soporte clínico y documentación médica.
6. Desde una perspectiva estratégica, la auditoría concurrente de pertinencia en consulta externa se configura como un mecanismo de gobernanza clínica y financiera que trasciende el control operativo del gasto, al contribuir en la toma de decisiones basada en evidencia, la reducción de variabilidad clínica y el fortalecimiento de la sostenibilidad institucional en modelos de contratación con riesgo financiero, como el pago global prospectivo (PGP).
7. Los hallazgos obtenidos evidencian que la auditoría concurrente de pertinencia puede constituirse en una herramienta de gestión para fortalecer los procesos de mejoramiento continuo, gestión del riesgo y sostenibilidad institucional. La experiencia desarrollada en Viva 1A IPS aporta evidencia aplicada a servicios ambulatorios que puede servir de referencia para otras instituciones prestadoras de servicios de salud interesadas en fortalecer la pertinencia clínica, optimizar la utilización de recursos y apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.
8. Si bien los hallazgos permiten evidenciar avances relevantes en la gestión del ordenamiento médico, la auditoría concurrente y el control del costo médico, su

interpretación debe considerar que el proceso auditor se aplica de manera focalizada y no sobre la totalidad de las atenciones. Por ello, los resultados representan una aproximación útil para la toma de decisiones institucionales, pero requieren continuar fortaleciéndose con mayor trazabilidad, automatización y seguimiento longitudinal que permita valorar con mayor precisión el efecto de la auditoría en el tiempo

Recomendaciones

1. Fortalecer la transformación digital del proceso de auditoría concurrente mediante una implementación gradual: en una primera etapa, estandarizar indicadores e integrar las herramientas ya disponibles (Excel, Power BI) entre el proceso auditor y el área financiera, hoy desarticuladas; y en una etapa posterior, avanzar hacia sistemas automatizados de soporte a la decisión clínica integrados con historia clínica electrónica y Guías de Práctica Clínica, que permitan identificar patrones de sobreutilización y priorizar auditorías en tiempo real..
2. Estandarizar el proceso operativo de auditoría concurrente mediante la documentación detallada de procedimientos, criterios de muestreo, periodicidad, rutas de retroalimentación, tiempos de respuesta, indicadores de desempeño y responsables, con el propósito de disminuir la variabilidad entre sedes y garantizar consistencia metodológica en la implementación del proceso.
3. Desarrollar estrategias permanentes de fortalecimiento del talento humano médico, orientadas a mejorar la justificación clínica del ordenamiento, la adherencia a Guías de Práctica Clínica y el uso racional de tecnologías en salud, mediante enfoques pedagógicos de aprendizaje entre pares y evitando percepciones punitivas del proceso auditor.
4. Incrementar progresivamente la cobertura y capacidad analítica de la auditoría concurrente, priorizando regionales, agrupadores de servicio y perfiles profesionales con mayores desviaciones presupuestales o patrones persistentes de no pertinencia, de forma que el esfuerzo auditor se concentre en escenarios

de mayor riesgo clínico y financiero, para fortalecer el impacto financiero y asistencial del proceso.

5. Fortalecer la trazabilidad y analítica avanzada del proceso, incorporando indicadores longitudinales que permitan monitorear el efecto de la retroalimentación clínica sobre cambios en el comportamiento del ordenamiento médico y sobre la evolución del costo médico institucional.

En la tabla 12 se compilan las recomendaciones estratégicas orientadas al fortalecimiento del proceso de auditoría concurrente de pertinencia en consulta externa de Viva 1A IPS, con el propósito de optimizar la gestión clínica, el uso racional de los recursos y la sostenibilidad financiera institucional.

Tabla 12

Matriz Estratégica de Recomendaciones

Eje Estratégico	Hallazgo del estudio	Recomendación estratégica	Acciones prioritarias	Horizonte de implementación	Resultado esperado	Indicador de seguimiento y Responsable
Transformación digital y analítica del proceso	Persisten limitaciones relacionadas con la información fragmentada de la tecnología disponible, trazabilidad del proceso y dependencia del conocimiento individual.	Fortalecer la transformación digital del proceso de auditoría concurrente	Estandarizar indicadores e integrar los tableros existentes de auditoría y finanzas; posteriormente, implementar algoritmos automatizados basados en Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre esa base integrada.	Mediano plazo	Mayor capacidad analítica, trazabilidad y oportunidad en la toma de decisiones clínicas y financieras	Indicador: Nivel de integración de tableros e indicadores entre auditoría concurrente y ejecución financiera (fase 1); % de auditorías soportadas por algoritmos automatizados de priorización una vez alcanzada la integración (fase 2). Responsable: Gerencia de Análisis y Métricas en Salud, en articulación con el área Financiera y de Tecnología e Información
Estandarización operativa institucional	El proceso presenta oportunidades de fortalecimiento en estandarización y continuidad operativa entre sedes.	Estandarizar el proceso operativo de auditoría concurrente	Documentar procedimientos, criterios de muestreo, tiempos de intervención, responsables y rutas de seguimiento.	Corto plazo	Mayor consistencia metodológica y disminución de variabilidad regional	Indicador: % de sedes con el proceso implementado conforme al estándar institucional. Responsable:

Eje Estratégico	Hallazgo del estudio	Recomendación estratégica	Acciones prioritarias	Horizonte de implementación	Resultado esperado	Indicador de seguimiento y Responsable
Fortalecimiento del talento humano médico	La ausencia de justificación clínica (50,24%) y la baja adherencia a GPC (24,48%) concentraron el 74,72% de las causales de no pertinencia.	Desarrollar programas permanentes de capacitación y sensibilización médica	Implementar estrategias educativas dirigidas a fortalecer la justificación clínica, adherencia a GPC, uso racional de recursos y retroalimentación clínica.	Continuo	Reducción de la no pertinencia y fortalecimiento de la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia	Dirección Nacional de Calidad Indicador: % de reducción de causales de no pertinencia por ausencia de justificación clínica y baja adherencia a GPC. Responsable: Subgerencias técnica/ Gerencia Técnica Nacional
Optimización y focalización del proceso auditor	La intensidad del ordenamiento médico mostró asociación con mayor presión financiera, especialmente en medicina general; además, la auditoría opera de forma focalizada sobre una baja proporción de consultas.	Incrementar progresivamente la cobertura y capacidad analítica de la auditoría concurrente	Priorizar agrupadores de servicio, regionales y perfiles médicos con mayor desviación presupuestal y menor pertinencia clínica, optimizando el esfuerzo auditor.	Corto–Mediano plazo	Mayor impacto clínico y financiero del proceso de auditoría concurrente	Indicador: % de cobertura de auditoría en agrupadores y regionales priorizados por desviación presupuestal. Responsable: Gerencias Regionales / Gerencia Técnica Nacional.

A partir de los hallazgos y limitaciones descritos, se identifican tres líneas de investigación futura que permitirían ampliar la comprensión de la auditoría concurrente y su relación con la sostenibilidad financiera institucional:

1. **Valoración financiera de la auditoría concurrente.** Desarrollar estudios con diseños cuasi - experimentales o longitudinales que incorporen grupos de comparación, mediciones antes y después de la implementación de las intervenciones, e indicadores de ahorro generado, costo evitado y eficiencia en la utilización de recursos. Este tipo de análisis permitiría avanzar hacia una valoración de tipo retorno de la inversión (ROI) del proceso auditor —no abordada en el alcance del presente estudio— y fortalecería la evidencia sobre su valor agregado para la toma de decisiones estratégicas, la asignación de recursos y la evaluación de la sostenibilidad financiera institucional.
2. **Relación entre auditoría concurrente y gestión de glosas médicas.** En caso de que la entidad suscriba contratos por eventos, realizar estudios que determinen la relación entre la auditoría concurrente y el comportamiento de las glosas médicas en los procesos de facturación, en el marco de una evaluación integral de la interacción entre la auditoría concurrente, la calidad del registro clínico, la auditoría de cuentas médicas y el desempeño financiero institucional. Esta línea permitiría ampliar la comprensión de estos procesos y su contribución conjunta a la sostenibilidad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.
3. **Análisis cruzado de heterogeneidad regional y por agrupador.** Desarrollar un análisis bivariado que controle simultáneamente las dimensiones de regional y agrupador de servicio, ampliando el período de observación o la frecuencia de registro para contar con el tamaño muestral necesario, con el fin de confirmar de forma estadísticamente robusta la heterogeneidad geográfica identificada de manera exploratoria en el presente estudio.

Referencias

- Abu-Jeyyab, M., Al-Jafari, M., El Din Moawad, M. H., Alrosan, S., & Al Mse'adeen, M. (2024). The role of clinical audits in advancing quality and safety in healthcare services: A multiproject analysis from a Jordanian hospital. *Cureus*, 16(2), e54764. <https://doi.org/10.7759/cureus.54764>
- Alderson, S., Willis, T. A., Wood, S., Lorencatto, F., Francis, J., Ivers, N., Grimshaw, J., & Foy, R. (2022). Embedded trials within national clinical audit programmes: A qualitative interview study of enablers and barriers. *Journal of Health Services Research & Policy*, 27(1), 50–61. <https://doi.org/10.1177/13558196211044321>
- Álvarez Toscano, A., Beltrán Zarur, S., y Polo Urango, D. (2022). *El auditor concurrente frente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia, 2015–2020: Revisión integradora* [Trabajo de grado, Universidad de Córdoba]. Repositorio Universidad de Córdoba. <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/4788>
- Arbaiza Fermini, L. A., Morales Ospina, Y., y Toledo Bernal, A. I. (2023). Estado del arte: Productividad como concepto en el ámbito de la salud. *Económicas CUC*, 44(2), 235–252. <https://doi.org/10.17981/econcuc.44.2.2023.Org.6>
- Arrea Baixench, C. (2013). Costo de la atención médica y su relación con los resultados y los valores para el paciente. *Acta Médica Costarricense*, 55(1), 4–6. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43425084001>
- Ávila-Rodríguez, F., y Mendoza-Vera, C. (2024). Sistema de costo en los servicios médicos y su impacto en la rentabilidad de la Compañía Thedolorosa Medical Center S.A., Cantón Chone durante el año 2022. *593 Digital Publisher CEIT*, 9(3), 876–891. <https://doi.org/10.33386/593dp.2024.3.2423>

- Barber, S. L., O'Dougherty, S., Vinyals Torres, L., Tsilaajav, T., & Ong, P. (2020). Other considerations than: How much will universal health coverage cost? *Bulletin of the World Health Organization*, 98(2), 95–99. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.238915>
- Bass, G. A., Kaplan, L. J., Ryan, É. J., Cao, Y., Lane-Fall, M., Duffy, C. C., Vail, E. A., & Mohseni, S. (2023). The snapshot audit methodology: Design, implementation and analysis of prospective observational cohort studies in surgery. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 49(1), 5–15. <https://doi.org/10.1007/s00068-022-02045-3>
- Cagigas Lanza, J. C., y Docobo Duránte, F. (2022). Acreditación y auditoría de la calidad para unidades de cirugía mayor ambulatoria. *Cirugía Andaluza*, 33(4), 468–476. <https://doi.org/10.37351/2022334.12>
- Cárdenas, J. A. R., y Argüello, J. E. M. (2024). Modelo de costos basados en actividades: Herramienta de gestión en atención domiciliaria del sector salud. *Administración y Desarrollo*, 54(2), e926. <https://doi.org/10.22431/25005227.926>
- Congreso de la República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- Congreso de la República de Colombia. (1993, diciembre 23). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2012, octubre 17). *Ley Estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*. Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>

Congreso de la República de Colombia. (2015, febrero 16). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>

Dahlberg, A., Jukarainen, S., Kaartinen, T., & Orre, P. (2025). Cost minimization analysis of digital-first healthcare pathways in primary care. *npj Digital Medicine*, 8, 546.

<https://doi.org/10.1038/s41746-025-01937-z>

Davey, P., Marwick, C. A., Scott, C. L., Charani, E., McNeil, K., Brown, E., Gould, I. M., Ramsay, C. R., & Michie, S. (2017). Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), CD003543. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003543.pub4>

Esposito, P., & Dal Canton, A. (2014). Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. *World Journal of Nephrology*, 3(4), 249–255. <https://doi.org/10.5527/wjn.v3.i4.249>

Financiera de Desarrollo Territorial S. A. (Findeter). (2024). *El sector de la salud en Colombia 2024*. <https://bibliotecadigital.findeter.metabiblioteca.com/handle/001/10076>

Harris, I. A., Close, J. C., & Armstrong, E. (2024). Barriers to clinical audit. *ANZ Journal of Surgery*, 94, 1436. <https://doi.org/10.1111/ans.19174>

Hernández-Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2023). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana. <https://www-ebooks7-24-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/?il=31455>

Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J. M., Odgaard-Jensen, J., French, S. D., O'Brien, M. A., Johansen, M., Grimshaw, J., & Oxman, A. D. (2012). Audit and feedback: Effects

- on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(6), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
- Ivers, N., Yogasingam, S., Lacroix, M., Brown, K. A., Antony, J., Soobiah, C., Simeoni, M., Willis, T. A., Crawshaw, J., Antonopoulou, V., Meyer, C., Solbak, N. M., Murray, B. J., Butler, E.-A., Lepage, S., Giltenane, M., Carter, M. D., Fontaine, G., Sykes, M., ... Grimshaw, J. M. (2025). Audit and feedback: Effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(3), CD000259. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub4>
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52. <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Sari, N., Harrison, L., Jeffery, C., Kutz, M., Khan, M. F., & Flynn, R. (2014). Lean management in health care: Definition, concepts, methodology and effects reported (systematic review protocol). *Systematic Reviews*, 3, 103. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-103>
- Leocádio, D., Malheiro, L., & Reis, J. (2024). Artificial intelligence in auditing: A conceptual framework for auditing practices. *Administrative Sciences*, 14(10), 238. <https://doi.org/10.3390/admsci14100238>
- Lo, Y.-T., Chen, M.-H., Lu, T.-H., Yang, Y.-P., Chang, C.-M., & Yang, Y.-C. (2024). Effects of an integrated ambulatory care program on healthcare utilization and costs in older patients with multimorbidity: A propensity score–matched cohort study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04654-y>
- Lombo Moreno, C. E., Muñoz Velandia, O. M., y Solano, A. E. (2023). Costos de atención domiciliaria de nivel hospitalario vs. atención intrahospitalaria en infección de vías

urinarias complicada. *Gerencia y Políticas de Salud*, 22.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.cadh>

Maldonado, N., Soto, V., y Guerrero, R. (2022). *Gasto de bolsillo en salud en Colombia*. MESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA).

<https://www.icesi.edu.co/proesa/images/mesa/mesa-gasto-de-bolsillo-en-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, febrero 5). *Resolución 0256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud de Colombia. (1993, octubre 4). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Ministerio de Salud de la Protección Social. (2007). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, febrero 17). *Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, agosto 2). *Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de*

Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, noviembre 25). *Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.*

https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/resolucion_minsaludps_3100_2019.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, junio 25). *Resolución 866 de 2021. Por la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20866%20de%202021.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Propuesta metodológica para la implementación de un sistema de costeo para las instituciones prestadoras de servicios de salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/implementacion-sistema-costeo-ips.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, marzo 30). *Resolución 510 de 2022. Por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación.*

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20510%20de%202022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, diciembre 28). Resolución 2275 de 2023. Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202275%20de%202023.pdf

O'Connor, D. A., Glasziou, P., Maher, C. G., McCaffery, K. J., Schram, D., Maguire, B., Ma, R., Billot, L., Gorelik, A., Traeger, A. C., Albarqouni, L., Checketts, J., Vyas, P., Clark, B., & Buchbinder, R. (2022). Effect of an individualized audit and feedback intervention on rates of musculoskeletal diagnostic imaging requests by Australian general practitioners: A randomized clinical trial. *JAMA*, 328(9), 850–860.

<https://doi.org/10.1001/jama.2022.14587>

O'Connor, D. A., Glasziou, P., Schram, D., Gorelik, A., Elwick, A., McCaffery, K., Thomas, R., & Buchbinder, R. (2023). Evaluating an audit and feedback intervention for reducing overuse of pathology test requesting by Australian general practitioners: Protocol for a factorial cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 13(5), e072248.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072248>

OECD. (2019). *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing.

<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>

OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.

<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Quality of care. World Health Organization.

Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care>

Orozco Zavala, D. F., Cuji Gutiérrez, G. M., Tisalema Panimboza, J. C., Zavala Toaquiza, P. O.,

Avilés González, J. D., y Guevara Jaramillo, Y. D. (2025). Auditoría clínica de eficiencia en el uso de recursos hospitalarios. *Revista Veritas de Difusión Científica*, 6(2), 1773–1790. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v6i2.715>

Peiró, S., Meneu, R., y Bernal-Delgado, E. (2023). Conceptos básicos para entender y mejorar la adecuación clínica. *Educación Médica*, 24(3), 100813.

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100813>

Presidencia de la República de Colombia. (2016, mayo 6). *Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.*

Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

Presidencia de la República de Colombia. (2022, marzo 28). *Decreto 441 de 2022. Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.*

Función Pública.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728>

Ray, K. N., Chari, A. V., Engberg, J., Bertolet, M., & Mehrotra, A. (2015). Opportunity costs of ambulatory medical care in the United States. *The American Journal of Managed Care*, 21(8), 567–574. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26295356/>

Rose, N., & Pang, D. S. J. (2021). A practical guide to implementing clinical audit. *Canadian Veterinary Journal*, 62(2), 145–152. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7808188/>

Sarkies, M., Francis-Auton, E., Long, J., Roberts, N., Westbrook, J., Levesque, J.-F., Watson, D. E., Hardwick, R., Sutherland, K., Disher, G., Hibbert, P., & Braithwaite, J. (2023).

Audit and feedback to reduce unwarranted clinical variation at scale: A realist study of implementation strategy mechanisms. *Implementation Science*, 18, 71.

<https://doi.org/10.1186/s13012-023-01324-w>

Shakya, S., Bohingamu Mudiyanse, S., Robinson, S., Randall, S., & Gao, L. (2025). Time-driven activity-based costing and its use in health economic analysis: A systematic literature review. *Applied Health Economics and Health Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40258-025-00988-3>

Shrank, W. H., Rogstad, T. L., & Parekh, N. (2019). Waste in the US health care system: Estimated costs and potential for savings. *JAMA*, 322(15), 1501–1509.

<https://doi.org/10.1001/jama.2019.13978>

Speer, M., McCullough, J. M., Fielding, J. E., Faustino, E., & Teutsch, S. M. (2020). Excess medical care spending: The categories, magnitude, and opportunity costs of wasteful spending in the United States. *American Journal of Public Health*, 110(12), 1743–1748.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305865>

Superintendencia Nacional de Salud. (2022, abril 29). *Circular Externa 2022151000000046-5. Sistema GAUDI para el reporte de resultados de auditoría de IPS.*

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/20221510000000465.pdf>

Suzuki, E., Paris, V., Joshi, N., & Dedet, G. (2025). Trends in the financialisation of outpatient care across OECD countries. *OECD Health Working Papers*.

https://www.oecd.org/en/publications/trends-in-the-financialisation-of-outpatient-care-across-oecd-countries_f5d88b41-en.html

Tsang, J. Y., Peek, N., Buchan, I., van der Veer, S. N., & Brown, B. (2022). Computerized audit and feedback systems in healthcare: A systematic review and narrative synthesis.

Journal of the American Medical Informatics Association, 29(6), 1106–1119.

<https://doi.org/10.1093/jamia/ocac031>

Walewska-Zielecka, B., Religioni, U., Soszyński, P., & Wojtkowski, K. (2021). Evidence-based care reduces unnecessary medical procedures and healthcare costs in the outpatient setting. *Value in Health Regional Issues*, 25, 23–28.

<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.07.577>

Willis, T. A., Wood, S., Brehaut, J., et al. (2022). Opportunities to improve the impact of two national clinical audit programmes: A theory-guided analysis. *Implementation Science Communications*, 3, 32. <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00275-5>

Anexo A. Preguntas orientadoras caracterización del proceso.

1. ¿Podría describir brevemente su cargo y su relación con el proceso de auditoría concurrente?
2. Desde su experiencia, ¿cómo definiría la auditoría concurrente en Viva 1A IPS? ¿La concibe más como herramienta de control, apoyo clínico o gestión financiera?
3. ¿Cuál considera que es el objetivo principal de la auditoría concurrente en la institución?
4. ¿Qué criterios se utilizan para priorizar los casos que se auditan?
5. ¿El proceso cubre todos los contratos y aseguradores o existen diferencias?
6. ¿Cuáles son los referentes técnicos utilizados para evaluar la pertinencia clínica?
7. ¿Cómo se evalúa la pertinencia de medicamentos, ayudas diagnósticas o remisiones?
8. ¿Se utilizan listas de chequeo, matrices o herramientas estandarizadas?
9. ¿Qué ocurre cuando se identifica un evento de no pertinencia?
10. ¿Podría describir el flujo desde la identificación del caso hasta el cierre?
11. ¿Se cumplen los tiempos de respuesta?
12. ¿Cómo se comunica el concepto de auditoría al profesional tratante?
13. ¿Existen espacios formales de retroalimentación clínica?
14. ¿Qué sistemas de información soportan el proceso?
15. ¿Está documentado dentro del Sistema de Gestión de Calidad?
16. ¿Se encuentra estandarizado en todas las sedes?
17. ¿Qué indicadores se utilizan para medir su desempeño?
18. ¿Qué barreras han identificado en su implementación?
19. ¿Sabe si se han realizado mejoras recientes?
20. ¿Cómo está conformado el equipo de auditoría concurrente?
21. ¿El personal se dedica exclusivamente a esta función?

22. ¿Considera que los recursos humanos son suficientes?
23. ¿Con qué herramientas tecnológicas cuentan?
24. ¿El equipo cuenta con formación específica en auditoría médica?
25. ¿Reciben capacitación periódica?
26. ¿Qué competencias considera clave para el auditor concurrente?
27. ¿Identifica brechas de formación?
28. ¿El equipo participa en comités clínicos o de costos?
29. ¿Cómo es percibida la auditoría concurrente por los profesionales asistenciales?
30. ¿Considera que el proceso aporta a la sostenibilidad institucional?
31. Desde su perspectiva, ¿cuál ha sido su impacto en la gestión del costo médico en consulta externa?
32. ¿Qué oportunidades de mejora identifica?
33. ¿Hay algún aspecto del proceso que considere importante y que no hayamos abordado?
34. Si pudiera fortalecer un elemento del proceso, ¿cuál sería?