

MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



ESE Hospital

Marco Fidel Suárez
Compromiso de Vida

COMPROMISO DE VIDA

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	JUSTIFICACIÓN	4
3.	OBJETIVOS, ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN	5
3.1	Objetivo general	5
3.2	Objetivos específicos	5
3.3	Alcance	5
4.	RESPONSABLES	6
5.	ENFOQUE DIFERENCIAL	6
6.	CONCEPTOS GENERALES	6
7.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y/O LEGAL	8
8.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	12
9.	POLÍTICA DE CALIDAD	13
10.	CICLO PHVA.....	15
11.	DESARROLLO DE LA AMEC.....	16
11.1	Despliegue de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad- AMEC .	17
11.2	Cronograma.....	17
11.3	Funciones de los grupos de autoevaluación y mejoramiento.....	18
12.	RUTA CRÍTICA DE LA AMEC	19
11.1	Paso 1: autoevaluación	20
11.1.1	Autoevaluación cualitativa	23
11.1.2	Autoevaluación cuantitativa	25
11.2	Paso 2. Selección de procesos a mejorar	27
11.3	Paso 3. Priorización de procesos	27
11.4	Paso 4. Definición de la calidad esperada.....	30
11.5	Paso 5. Medición inicial de desempeño de los procesos.....	31
11.6	Paso 6. Elaboración del plan de mejoramiento.....	32
11.7	Paso 7. Ejecución del plan de acción	33
11.8	Paso 8. Evaluación del mejoramiento	33
11.8.1	Tipos de acciones	34
11.8.2	Comités para Apoyo y Seguimiento a la Calidad	37
11.8.3	Niveles de operación	39
11.9	Paso 9. Retroalimentación y aprendizaje organizacional	45

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

1. INTRODUCCIÓN

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar en estándares superiores de calidad, a través de los cuales puede implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar los recursos destinados a la atención, mejorar el impacto en la salud de los pacientes y de la población ofreciendo los servicios que espera y a los cuales tiene derecho.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud constituye una de las herramientas clave para la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de realizar planes de acción que permita superar las expectativas los pacientes.

Tomando como base lo anterior, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez implementa el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud con enfoque en los estándares de acreditación, que permita realizar una evaluación integral en la prestación de los servicios de salud, más allá de las disposiciones normativas de carácter obligatorio contenidas en el Decreto 780 de 2016 y en sus normas reglamentarias, busca propósitos superiores de calidad, por medio de la aplicación de los estándares del Sistema Único de Acreditación definidos en la Resolución 0005095 de 2018, las pautas y guías de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud.

Igualmente, durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva que permita grandes aprendizajes, cerrando las brechas entre la calidad observada y la esperada en cada ciclo de mejoramiento.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

2. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de obtener, asegurar y controlar la calidad de los servicios de salud, se impone la necesidad de incorporar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad –SOGC establecido en el Decreto 780 de 2016 y específicamente el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud con el fin de garantizar a los pacientes, el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

La ESE adopta indicadores y estándares que permiten precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantan acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios, para lo cual, la institución implementa el “Programa de auditoria para mejoramiento de la calidad en salud PAMEC” y lo caracteriza en el presente manual, en concordancia con la reglamentación vigente.

Para garantizar la alta calidad en los servicios de salud, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez anualmente realiza su autoevaluación frente a altos estándares de acreditación en salud, los cuales están definidos en los siguientes grupos: estándares del proceso de atención al cliente asistencial, estándares de direccionamiento, estándares de gerencia, estándares de gerencia del talento humano, estándares de gerencia del ambiente físico, estándares de gestión de tecnología, estándares de gerencia de la información y por ultimo estándares de mejoramiento de la calidad; con el objeto de implementar acciones de mejora continua que logren superar las expectativas de sus usuarios.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

3. OBJETIVOS, ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

3.1 Objetivo general

Implementar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la ESE Hospital Marco Fidel Suárez con enfoque de Acreditación, donde se identifique las brechas entre la calidad observada frente a la calidad esperada, ejecutando planes de mejoramiento efectivos, que contribuyan a la optimización de los recursos destinados a la atención, al mejoramiento de la situación de salud, la satisfacción de los pacientes y su familia, y al posicionamiento de la institución en un mercado altamente competitivo.

3.2 Objetivos específicos

- ♥ Desarrollar cada uno de los pasos de la ruta crítica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- ♥ Promover y propiciar la participación de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.
- ♥ Determinar los problemas de calidad con base en la autoevaluación realizada frente a los estándares de acreditación según la normatividad vigente.
- ♥ Realizar planes de mejoramiento que conduzcan al logro de niveles superiores de calidad en los procesos de atención.
- ♥ Fomentar la cultura organizacional centrada en el usuario y su seguridad, buscando minimizar los riesgos derivados de la atención en salud.
- ♥ Retroalimentar a los clientes internos en cuanto al desarrollo de las diferentes etapas del proceso que conduzca al aprendizaje organizacional y al mejoramiento continuo.
- ♥ Generar confiabilidad y confianza en los usuarios, al recibir una atención con calidad que supere sus expectativas.
- ♥ Ser competitivos y reconocidos en el medio por la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

3.3 alcance

Inicia con la autoevaluación como primer paso de la ruta crítica y finaliza con el cierre de ciclo o aprendizaje organizacional y el respectivo reporte de la circular 012 de 2016 ante la Super Intendencia de Salud.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

4. RESPONSABLES

Liderazgo: Gerente, Subgerencia Científica, Subgerencia Administrativa y Financiera.

Evaluación: Asesora de Calidad, Coordinadora SOGC, Enfermera SOGC.

Ejecución: Grupo de mejoramiento institucional.

5. ENFOQUE DIFERENCIAL

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez tiene contempladas las estrategias y actividades diferenciales para la atención de la población, teniendo en cuenta las características particulares de estas, tales como: condición física, sociocultural, creencias religiosas, identidad de género, entre otras (Ver documento HMFS-DC-0318 - Calidad- Enfoque diferencial).

6. CONCEPTOS GENERALES

PAMEC: Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos.

CIERRE DE CICLO: Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento.

CULTURA ORGANIZACIONAL: Conjunto de valores, creencias y maneras de hacer las cosas, que se producen como resultado de la interacción y del comportamiento de los miembros de una organización con sus componentes

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

formales (direccionamiento estratégico, estructura, procedimientos, etc.) sus componentes informales, los medios y el estilo de comunicación y su relación con el medio ambiente. La cultura es aquello que caracteriza a una organización y la hace singular y diferente de otra, se expresa en sus actos, costumbres, lenguaje, liderazgo y comunicación. La cultura se modifica a lo largo del tiempo y puede ser objeto de direccionamiento, gerencia, evaluación y mejoramiento.

ATRIBUTO: Características propias con las que se identifica y evalúa la prestación del servicio a los usuarios.

AUTOEVALUACIÓN: Práctica permanente, que busca consolidar la cultura de la evaluación y autorregulación, con el objetivo de generar un diagnóstico de la calidad en la atención en salud.

AUDITORÍA INTERNA: Evaluación sistemática realizada en la institución por un grupo externo al proceso que se audita.

AUDITORÍA EXTERNA: Evaluación sistemática realizada por un ente externo a la institución evaluada.

ACCIÓN PREVENTIVA: Actividades sobre los procesos prioritarios que debe realizar la entidad en forma *PREVIA* a la prestación del servicio para garantizar la calidad.

ACCIÓN DE SEGUIMIENTO: Actividades que deben realizar la entidad *DURANTE* la prestación del servicio para garantizar la calidad.

ACCIÓN COYUNTURAL: Actividades que deben realizar la entidad *RETROSPECTIVAMENTE* para detectar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados.

ENFOQUE: Es la comprensión de los puntos esenciales de un asunto o problema para tratarlo acertadamente, en la búsqueda de resultados óptimos.

ESTÁNDAR: Nivel deseado y alcanzable de desempeño contra el cual, el rendimiento real se mide.

GRUPO DE MEJORAMIENTO: Equipo conformado para responder sistémicamente por el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

MCC a nivel institucional, se caracteriza por su interdisciplinariedad y complementariedad, promueve el trabajo en equipo, establece mecanismos de comunicación efectiva, realiza reuniones periódicas y promueve el liderazgo.

IMPLEMENTACIÓN: Es la puesta en práctica de las medidas o acciones necesarias para llevar a cabo una actividad, plan o misión.

MEJORA CONTINUA: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

PRIORIZACIÓN: Es una estrategia que ayuda, de forma sistemática y técnica, en la selección y orden de las actividades a ejecutar.

RESULTADOS: Son las consecuencias de un servicio o intervención.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD: Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

OPORTUNIDADES DE MEJORA: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados

7. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL Y/O LEGAL

- El decreto 780 de 2016 en el artículo 2.5.1.1.1 establece la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud a los Prestadores de Servicios de Salud. Artículo 2.5.1.2.2 define los componentes del SOGCS: El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, El sistema único de acreditación, el Sistema de Información para la calidad. Artículo 2.5.1.1.3 en el numeral 2 define la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC como el mecanismo sistemático y continuo de la evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

esperada de la atención salud que reciben los usuarios.

- 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 los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
- El Decreto 903 de 2014 tiene como fin la modernización y actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en Mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.
- Resolución 0005095 de 2018, adopta el manual de Estándares de acreditación en Salud hospitalario y ambulatorio dirigido a las Instituciones prestadoras de Salud.
- Resolución 0256 de 2016, dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- La resolución 408 de 2018 que modifica la resolución 710 de 2012, y la resolución 743 de 2013, define los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del Plan de Gestión por parte de los gerentes y establece como indicadores de desempeño la ejecución del PAMEC y las auditorías realizadas en el periodo.
- Resolución 2181 de 2008 Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público.
- Circular 0012 de 2016 por la cual se hace adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud y el sistema de información para la calidad.

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

♥ **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud, que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

♥ **Oportunidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

♥ **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud.

♥ **Pertinencia:** es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y que sus efectos secundarios sean menores que los beneficios potenciales.

♥ **Continuidad:** es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Principios del Sistema Único de Acreditación

♥ **Gradualidad:** el nivel de exigencia establecido mediante los estándares de los manuales del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

♥ **Integralidad:** la acreditación sólo podrá obtenerse cuando en todos los procesos de la entidad interesada se apliquen los estándares de acreditación que les corresponda, dado el ámbito institucional de dicha acreditación. Esto quiere decir que no se podrán acreditar servicios o procesos específicos de una institución, se acredita es una organización con todos sus procesos y servicios debido a que las organizaciones son sistemas y para que funcione bien un proceso requiere de otros que igualmente cumplan con unos requisitos de calidad.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

- ♥ **Manejo de información:** la información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las mismas.
- ♥ La acreditación en salud implica un desarrollo de la filosofía centrada en la seguridad, la humanización y la responsabilidad social, que involucra a la alta dirección, que impregna el direccionamiento estratégico, los procesos y la cultura organizacional. Los ejes trazadores del sistema se desglosan a continuación:
- ♥ **Atención centrada en el usuario de los servicios de salud:** implica identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades de usuarios, sus familiares, los trabajadores, los directivos y la comunidad en general.
- ♥ **Gestión clínica excelente y segura:** busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución de salud y el bienestar de la sociedad.
- ♥ **Humanización de la atención en salud:** busca garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- ♥ **Gestión del riesgo:** busca encontrar balance entre beneficios, riesgos y costos.
- ♥ **Gestión de la tecnología:** busca lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- ♥ **Proceso de transformación cultural permanente:** busca lograr un compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y el personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- ♥ **Responsabilidad Social:** busca lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas para la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

MISIÓN: Somos un hospital inclusivo dedicado a brindar atención integral en salud de mediana y alta complejidad, integrando tecnología, la docencia y la calidad, bajo el principio de sostenibilidad consciente para beneficio de los usuarios.

VISIÓN: Consolidarnos al 2028 como un hospital inteligente, competitivo e innovador, líder en Antioquia con enfoque de gestión sostenible por su eficiencia, responsabilidad social, integralidad en la atención e innovación con gran liderazgo en la generación de conocimiento y en el desarrollo de talento humano.

PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS: Garantizamos los derechos universales e irrenunciables de las personas, usuarios y funcionarios, para propender permanentemente por la calidad de vida acorde con la dignidad humana.

Valores establecidos según lineamientos de la Política de Integridad, dentro del marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-.

♥ **Honestidad:** La institución y sus funcionarios se comprometen en reconocer en cada una de sus actuaciones, el valor, la diferencia y la dignidad de cada uno de los usuarios internos y externos con los que interactúa, y actuar siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo los deberes con transparencia y rectitud, siempre favoreciendo el interés general.

♥ **Respeto:** Todos los funcionarios de la institución se comprometen en reconocer, valorar y tratar de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

♥ **Compromiso:** La institución orientará todos sus esfuerzos en generar responsabilidad y convicción en todos sus colaboradores para el logro de la satisfacción de nuestros usuarios y el propósito de la institución. Además, ser conscientes de la importancia del rol como servidor público y estar en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que se relacionan en las labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

	Código: HMFS-DC-0220	
	Versión: 05	
	Fecha de Actualización: Enero de 2025	
	Elaboró: Coordinadora SOGC	

MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

♥ **Diligencia:** La institución y sus funcionarios se comprometen a cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

♥ **Justicia:** La institución se compromete a actuar con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Otros **valores** orientadores de las interrelaciones, decisiones y prácticas de la función pública del Hospital Marco Fidel Suárez son:

♥ **Transparencia:** La institución y sus funcionarios se comprometen a reflejar honestidad, confianza y claridad en todas sus actuaciones en la prestación del servicio y administración de los recursos.

♥ **Universalidad:** La institución buscará garantizar para todas las personas que demanden nuestros servicios el derecho a la atención en salud con calidad.

♥ **Inclusión:** La institución debe promover la política de integrar a todos los individuos muy especialmente a todos aquellos que se encuentren en condiciones de segregación o marginación o pertenecen a minorías étnicas, religiosas o raciales para que tengan las mismas oportunidades y derechos dentro de la ESE.

9. POLÍTICA DE CALIDAD

La Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez, se compromete a mejorar la calidad de vida de sus usuarios, mediante la prestación de servicios de salud oportunos, pertinentes, humanizados y seguros; con el aporte de un talento humano competente y comprometido, con procesos normalizados, infraestructura y tecnología apropiada, enmarcados en la mejora continua y la sostenibilidad económica, consolidando así una cultura del servicio ofreciendo al usuario, la familia y la comunidad, información confiable, suficiente y permanente que les genere confianza.

NORMATIVIDAD

El Decreto 780 de 2016 "en el artículo 2.5.1.1.1 establece la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud a los

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

prestadores de servicios de salud, la NTC ISO 9001 de 2015 en el requisito 5.2.1 indica el establecimiento de la política de la calidad”.

LINEAMIENTOS

- La alta Dirección desde su plataforma estratégica, establece que la institución sea reconocida por su modelo de atención humanizado y por la calidad e integralidad en la prestación de servicios de salud.
- Mantener y mejorar continuamente el desempeño de los procesos institucionales con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, de acuerdo con nuestro nivel de complejidad y capacidad instalada, teniendo en cuenta los principios de la calidad pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad.
- Diseñar e implementar estrategias y mecanismos de comunicación, capacitación, inclusión e interiorización de la cultura de la calidad.
- Mantener el cumplimiento de los niveles de satisfacción en los servicios, mediante la atención a los pacientes y su familia que se traduzca en una fidelización y confianza de nuestros usuarios, clientes y grupos de interés hacia la institución.
- Generar acciones innovadoras tendientes a la estandarización y mejoramiento continuo de los procesos, la gestión óptima de los recursos y la satisfacción de las necesidades de los diferentes usuarios de la institución.
- Sistematizar y socializar el reconocimiento, desarrollo y promoción de las mejores prácticas en calidad y los mejores ejercicios organizacionales en todos los ámbitos y contextos de la institución.
- El fortalecimiento de la cultura organizacional, propiciando espacios de participación, que fomenten la articulación entre diferentes sistemas, permitiendo el mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad.
- La institución promueve los ejercicios de referenciación como mecanismo de aprendizaje organizacional para la adopción y adaptación de las mejores prácticas en calidad y los mejores ejercicios organizacionales en todos los ámbitos y contextos de la institución.
- Implementar mecanismos de evaluación, control y seguimiento sobre los procesos, que permitan la recopilación de la información requerida para la toma de decisiones que garanticen el aseguramiento de la calidad.
- Promover la cultura de calidad y autocontrol en los funcionarios como herramienta fundamental en el mejoramiento de la calidad.
- Garantizar los recursos y el soporte necesarios para implementar y mantener operativo un sistema de gestión que garantice el cumplimiento de esta política.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

10. CICLO PHVA

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el Sistema Único de Habilitación. En la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, la metodología de trabajo para el mejoramiento continuo está basado en el ciclo gerencial DEMING (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) P-H-V-A.



♥ **Planear:** acciones preventivas que serán tomadas como el referente de calidad tales como procesos, políticas, modelos, programas, identificación de necesidades y expectativas de los usuarios, normas internas y externas y guías de manejo.

♥ **Hacer:** comprenderán la implementación de los procesos, desarrollo de programas y la ejecución de planes y proyectos, los cuáles harán parte de las actividades cotidianas del proceso de atención.

♥ **Verificar:** se encontrarán las acciones de seguimiento, que son los mecanismos y estrategias de evaluación y análisis, mediante los cuales se aplican los referenciales de calidad, para determinar el grado de conformidad de la institución con respecto a tales parámetros. Estas acciones incluyen las instancias en las cuales se identifican, localizan y cuantifican las brechas del desempeño y se definen las tareas a realizar para corregir las desviaciones detectadas, las cuales serán el insumo fundamental para la aplicación del programa de auditoría.

♥ **Actuar:** se encontrarán las acciones coyunturales como el diseño, aprobación y ejecución de planes de mejoramiento y las correcciones que la institución puede y debe generar y aplicar luego de finalizado el proceso de verificación.

Finalmente, la implementación del PAMEC se debe evaluar en términos de impacto y el retorno tangible y medible que se genere. Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se implementa la Ruta Crítica del PAMEC

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

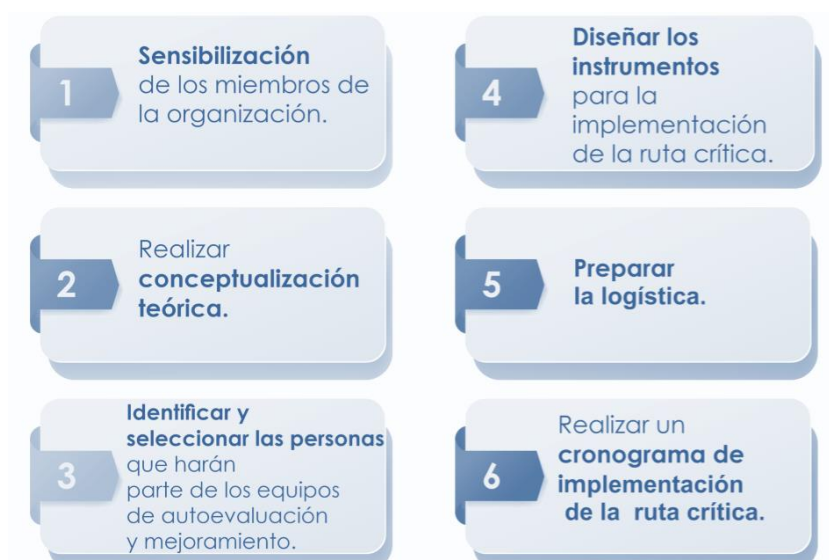
y aplicabilidad según las guías básicas para la implementación de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

11. DESARROLLO DE LA AMEC

El presente manual ha sido elaborado siguiendo todas las exigencias normativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y tomando como referente el documento de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, guías básicas para la implementación de pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para su desarrollo fue necesario aplicar diferentes herramientas de auditoría, que permitieran estructurar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad ajustado a la realidad y necesidades de la institución.

El Programa de Auditoría de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, define los procesos misionales como prioridad para la selección de proceso a mejorar, de acuerdo con los mecanismos y procedimientos de evaluación; lo cual constituye para la institución, en los referentes de calidad y punto de partida en su proceso de mejoramiento en la prestación de sus servicios.



	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

11.1 Despliegue de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad-AMEC

- Socialización de la AMEC en el comité de calidad.
- Campaña de divulgación que permita a los funcionarios y colaboradores de la ESE conocer el contenido de la AMEC y las oportunidades de mejora establecidas para el período.
- Formación de grupos de autoevaluación sobre estándares de acreditación y metodología de evaluación de estándares.
- Asesoría y acompañamiento a los líderes de los procesos para la definición de planes de acción frente a las oportunidades de mejora identificadas en el auto diagnóstico de la AMEC.
- Los líderes se encargan de desplegar los planes de acción con los equipos de trabajo.
- Los planes de acción de la AMEC se convierten en uno de los principales insumos para los acuerdos de gestión de la subdirección administrativa y científica.
- Publicar la versión actualizada de la AMEC y sus anexos, en la intranet, para garantizar así el acceso de todo el personal a la documentación.
- Incluir una sección en la intranet para publicar avances de la implementación de la AMEC.
- El correo electrónico interno y la cartelera de comunicación servirán como medio de comunicación ágil y efectivo para facilitar el desarrollo de la AMEC entre las áreas.
- Para asegurar el despliegue de la información en todos los niveles de la organización, se delega a los líderes de procesos, la responsabilidad de comunicar a los equipos de trabajo todo lo referente al desempeño del proceso, sus indicadores de calidad, los planes de mejoramiento y los niveles de satisfacción del usuario.

11.2 Cronograma

La ESE Hospital Marco Fidel Suárez, establece anualmente un cronograma para el desarrollo del Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Salud (PAMEC), el cual comprende la ejecución de unas actividades preliminares y el desarrollo de los nueve (9) pasos de la ruta crítica dada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las guías para la implementación de las pautas de auditoria establecen entre las actividades preliminares para el desarrollo de la ruta crítica de la AMEC, conformar un equipo de Autoevaluación y Mejoramiento con la

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

responsabilidad de participar en la actividad de autoevaluación y la elaboración de planes de mejoramiento.

El líder y equipo de mejoramiento elaboran el cronograma para la implementación, definiendo primero las actividades que corresponden a la planeación del proceso que ayudará a realizar cada uno de los pasos de la ruta crítica de manera eficaz, en las que se tendrá en cuenta:

1. Realizar sensibilización de los miembros de la organización en el proceso que se va a iniciar.
2. Capacitación liderada por el Profesional del área de AMEC sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad y sus componentes, ruta crítica y manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.
3. Definición de equipos de Autoevaluación y Mejoramiento.
4. Creación de resolución para la conformación de los equipos de mejoramiento en la Empresa Social del Estado Hospital Marco Fidel Suárez.
5. Definición de funciones de los equipos de autoevaluación y mejoramiento.
6. Los integrantes del grupo de mejoramiento deben leer cada estándar con sus criterios antes de iniciar la calificación.
7. Reporte de circular ext. 000012 – Supersalud.
8. Diseño de los instrumentos necesarios que se utilizarán para la implementación de la ruta crítica de la AMEC, como son formatos de autoevaluación cualitativa, autoevaluación cuantitativa, de priorización, de desarrollo de planes de mejoramiento, de definición de la calidad esperada, fichas técnicas de indicadores, de seguimiento a los planes de mejoramiento, de aprendizaje organizacional.
9. Implementación de la ruta crítica con los pasos de la ruta crítica, el tiempo de su implementación, responsables, y la duración del ciclo de mejoramiento.
10. Actualización del manual de auditoria para el mejoramiento de la calidad
11. Reuniones del equipo de mejoramiento.

11.3 Funciones de los grupos de autoevaluación y mejoramiento

Grupo Líder de Autoevaluación y Mejoramiento

1. Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la organización.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

2. Definir y controlar el cronograma de trabajo para la implementación de cada uno de los pasos de la ruta crítica.
3. Diseñar los instrumentos a utilizar en cada una de las fases de la ruta crítica y el documento técnico de la AMEC.
4. Realizar la conceptualización teórica a los líderes de proceso en la metodología de la AMEC.
5. Preparar logística de la reunión de Autoevaluación.
6. Dirigir la autoevaluación de estándares de acreditación y consolidarla.
7. Identificar los Estándares que presentan oportunidades de mejora y los procesos asociados.
8. Priorizar los estándares y procesos asistenciales con oportunidades de mejora.
9. Definir indicadores de gestión que permita medir la calidad esperada.
10. Orientar la realización de la medición del desempeño, las auditorías internas derivadas de la AMEC y los planes de mejora.
11. Orientar la consolidación del aprendizaje organizacional y la difusión de los resultados obtenidos.

Grupos de Autoevaluación y Mejoramiento.

1. Identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada uno de los estándares del Sistema Único de Acreditación, como parte de la evaluación cualitativa.
2. Realizar la evaluación cuantitativa de cada uno de los estándares del Sistema Único de Acreditación de modo que se identifique el grado de desarrollo institucional.
3. Elaborar y ejecutar los planes de mejoramiento de los grupos de estándares correspondientes.

12. RUTA CRÍTICA DE LA AMEC

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, el cual tiene por objetivo establecer e implementar una herramienta de mejora continua, que permita a las organizaciones avanzar de una manera firme y sistemática en la calidad de la prestación de los servicios a los usuarios.

La institución definió realizar la AMEC de acuerdo con los estándares del Sistema Único de Acreditación, debido a que es una metodología que aporta

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

al desarrollo de las organizaciones y que permite alcanzar las metas institucionales, además según la Resolución 2181/2008 artículo 2 indica:

“Implementar el componente de acreditación en salud y el mejoramiento continuo de sus procesos son de carácter obligatorio para las entidades públicas (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445/2006), su implementación exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados, de ahí la importancia de realizar la autoevaluación con base en los criterios de acreditación, porque ésta se convertirá en una herramienta para alcanzar la acreditación”.



11.1 Paso 1: autoevaluación

El primer paso para que la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, pueda desarrollar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), consiste en establecer qué es lo que se puede mejorar, (identificación de problemas) para ello, se realizará una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general, que permita identificar los problemas o brechas de calidad que afectan a la institución.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

La autoevaluación se desarrollará desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo. Por medio de la valoración cualitativa se identifican las fortalezas y oportunidades de mejora frente al estándar y en la cuantitativa una valoración numérica para medir el nivel de desarrollo del estándar. La autoevaluación cualitativa y cuantitativa deben tener coherencia para que la calificación se realice de forma objetiva.

Para la implementación de la AMEC con enfoque en estándares de acreditación, se conformará un grupo líder de Autoevaluación y Mejoramiento, de acuerdo con cada uno de los grupos de estándares definidos mediante la resolución 5095 de 2018 en el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”.



La conformación de los grupos de mejoramiento estará definida de la siguiente manera:

Grupo líder de evaluación y mejoramiento de la calidad:

- Asesora de Calidad
- Enfermera del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.
- Coordinadora del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

Grupo de autoevaluación y mejoramiento estándares cliente asistencial:

- Subgerente Científica
- Enfermera del proceso de Seguridad en la Atención
- Enfermera epidemióloga
- Coordinador del proceso de experiencia del usuario
- Director de urgencias y centro regulador
- Líder de hospitalización, UCI, UCIM y cirugía
- Bacterióloga
- Coordinadores de enfermería de los servicios
- Coordinador de la sede Niquia
- Enfermera de la sede Autopista
- Profesional Universitario Área de la Salud - Químico farmacéutico
- Asesora de calidad
- Coordinadora de sistemas de información para la calidad.

Grupo de autoevaluación y mejoramiento estándares Direccionamiento y Gerencia:

- Gerente
- Subgerente Científica
- Subgerente Administrativo y Financiero
- Asesora de planeación
- Asesora de calidad

Grupo de autoevaluación estándares Talento Humano:

- Director de Gestión humana
- Profesional del proceso de apoyo de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Profesional del proceso de apoyo Convenios Docencia Servicio.

Grupo de Autoevaluación estándares de Gerencia del Ambiente Físico:

- Coordinador del proceso de mantenimiento
- Coordinador del proceso de Ingeniería Biomédica
- Profesional del proceso de apoyo de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Profesional del proceso de gestión ambiental
- Coordinador de Servicios Administrativos

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

Grupo de autoevaluación estándares Gestión de la Tecnología:

- Asesor de TICS Tecnologías de la información
- Coordinador del proceso de Ingeniería Biomédica

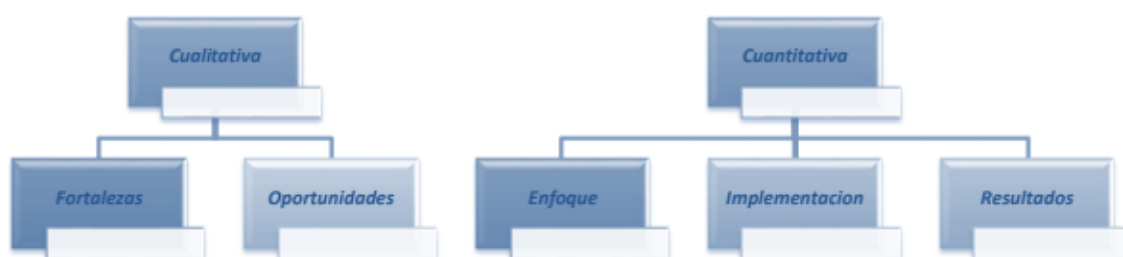
Grupo de Autoevaluación Estándares de Gerencia de Información:

- Coordinador del proceso de Gestión Documental y Archivo Clínico
- Asesor de TICS Tecnologías de la información.
- Coordinador en gerencia de Sistemas de Información para la Calidad.
- Profesional del Proceso de Comunicaciones.

11.1.1 Autoevaluación cualitativa

Se basa en la identificación de fortalezas y oportunidades de mejoramiento que presenta la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, teniendo como referente los estándares de acreditación.

Para la realización de la autoevaluación se siguió la metodología propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde la ESE Hospital Marco Fidel Suárez abordó cada uno de los estándares establecidos en el manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. Para ello utilizó una perspectiva cualitativa y una cuantitativa.



Fortalezas

Las fortalezas se definen como los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, acciones o servicios donde la organización ha conseguido resultados de su implementación y que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

Una fortaleza implica tener un enfoque, una implementación y unos resultados desarrollados o en desarrollo, y de igual forma tener desarrollado mejoras ante los resultados obtenidos.

Enfoque: hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en el estándar y la forma en que se evalúa y mejora, en otras palabras, son los lineamientos documentados que orientan a la organización a lograr los propósitos establecidos por el estándar. Se refiere a que los procesos estén diseñados en relación con lo que pide el estándar y estén alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.

Implementación: hace referencia al despliegue y aplicación del enfoque, a su alcance y extensión a los procesos de la entidad que aplique y a los clientes o usuarios internos o externos. En otras palabras, se refiere a la forma de cómo se lleva a la práctica cotidiana el enfoque de manera sistemática, también podemos decir que son los mecanismos y estrategias requeridos para la permanencia, despliegue en los diferentes procesos, a los usuarios y los diferentes funcionarios de la organización y cuentan con mecanismos para la identificación y solución de problemas.

Resultado: se refiere a los logros obtenidos en cada uno de los estándares por la aplicación del enfoque desarrollado. Para ello se cuenta con indicadores que miden el desempeño de los procesos diseñados y se desarrollan ciclos periódicos de evaluación y mejoramiento.

Redacción de fortaleza

- Clara
- Concisa
- No utilizar calificativos como malo, insuficiente, ni utilizar siglas o abreviaturas
- Estar soportadas

Oportunidades de mejoramiento

Son aquellos mecanismos que deben ser implementados por las organizaciones para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados. Existen oportunidades de mejora cuando, se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización, cuando no se ha desplegado e implementado el enfoque a sus

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

clientes tanto internos como externos, cuando no se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y de implementación.

Redacción de oportunidades de mejoramiento

- No debe emplearse expresiones que representen carencias (falta, no existe, no cuenta con).
- Se construyen con verbo en infinitivo (desarrollar, diseñar, implementar, fortalecer).
- Se redactan con un lenguaje propositivo.
- Orienta hacia el cumplimiento del enfoque, la implementación y los resultados.

11.1.2 Autoevaluación cuantitativa

Se realiza dando una asignación numérica del grado de avance de la implementación del estándar, para este se debe tener en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados, se dará una calificación numérica de 1 a 5, por medio de 10 valorables (Ver anexo 1 - Autoevaluación cuantitativa).

Enfoque

Sistematicidad y amplitud: grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada, permanente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.

Proactiva: grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.

Ciclo de evaluación y mejoramiento: grado en que enfoque haya mejorado a partir de los resultados obtenidos y de los planes de mejoramiento implementados para hacer el cierre de brechas.

Implementación

Despliegue institucional: se refiere al grado de avance de la organización en el desarrollo de las estrategias de implementación y despliegue en los diferentes servicios o procesos de la organización.

Apropiación por el cliente interno y/o externo: se refiere al grado de avance de la organización en el desarrollo de las estrategias de implementación y despliegue hacia los usuarios y funcionarios.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

Resultados

- **Pertinencia:** Se refiere a si los datos presentados si corresponden a la intencionalidad del estándar.
- **Consistencia:** Tiene que ver si los resultados logrados son producto del enfoque implementado.
- **Avance de la medición:** Se refiere a que tan consolidado está el sistema de medición.
- **Tendencia:** Abarca los resultados con líneas de mejoramiento sostenibles en el tiempo.
- **Comparación:** Se refiere a si la institución ha comparado (referenciado) sus prácticas con otras instituciones a nivel nacional o internacional.

Para realizar la autoevaluación cuantitativa es importante situarse inicialmente siempre en el 3 de la escala de calificación y a partir de allí se procede a desplazar a la izquierda o a la derecha. La razón de esta ubicación es que con la obtención de 3 en la escala de calificación se considera que la organización ha consolidado su sistema de gestión que la encamina hacia la excelencia.

A continuación, se describe los pasos realizados en la elaboración de autoevaluación del documento:

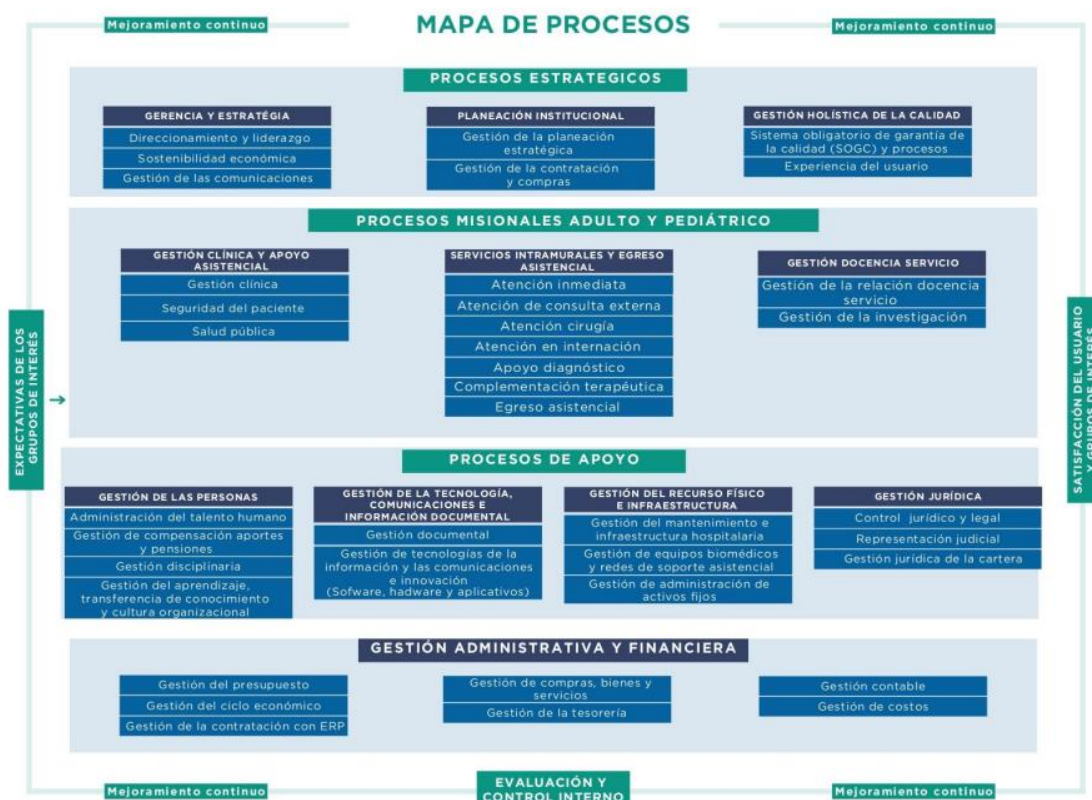
- Lectura de todos los estándares antes de empezar la calificación con el fin de entender la globalidad y facilitar el proceso de calificación del estándar individual.
- Análisis e interpretación en conceso por el equipo del estándar a calificar.
- Identificación de las fortalezas y oportunidades de mejora que el equipo considere pertinente según los criterios por estándar
- Análisis de las fortalezas y oportunidades de mejora, se determinaron qué soportes pueden encontrarse en la institución.
- Redacción de las fortalezas y oportunidades de mejora todas las identificadas en el estándar.
- Identificación de las acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora.
- Calificación del estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación de la hoja radar con la definición del avance del enfoque, implementación y resultados y sus diferentes variables.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

11.2 Paso 2. Selección de procesos a mejorar

Para la selección de los procesos, es fundamental identificar los estándares con oportunidades de mejora y determinar los procesos institucionales con los que están relacionados. Para ello, es necesario contar con un conocimiento detallado del mapa de procesos institucional. Además, el enfoque de mejoramiento continuo debe ser considerado de manera transversal en todos los procesos de la institución.

Mapa de procesos institucional



11.3 Paso 3. Priorización de procesos

Pueden identificarse varias oportunidades de mejora y estándares a mejorar por medio de la autoevaluación realizada por el grupo de autoevaluación, por lo cual no se podrá trabajar en todas las oportunidades de mejoramiento al tiempo, por esta razón se realiza una priorización con base en aquellos problemas que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios. Existen diferentes metodologías para realizar la priorización, la

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

institución utiliza la matriz de priorización, la cual mide:

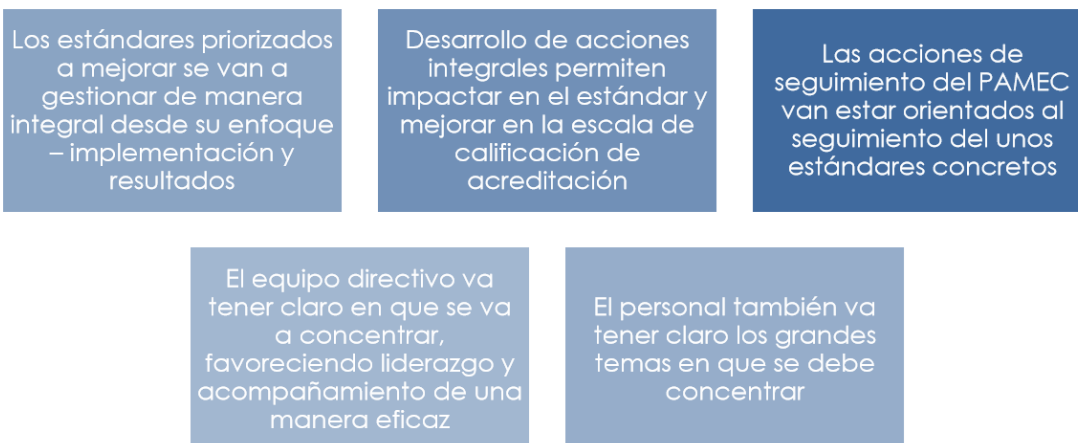
Riesgo: Se refiere a que si falla el proceso que riesgo tiene el usuario y la institución.

Costo: Se refiere a si se falla en la ejecución del proceso que tan costoso es para la organización por demandas, costos de no calidad, imagen.

Volumen: Se refiere a que tantas veces se ejecuta el procedimiento descrito en el estándar.

La priorización se realiza frente al estándar y no frente a cada oportunidad de mejora detectada, debido a que al priorizar el estándar permite que este se desarrolle integralmente (enfoque, implementación y resultados) y logre avanzar en la escala de calificación cuantitativa.

Ventajas de priorizar todo el estándar



	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

Basados en las oportunidades de mejora detectadas en el enfoque, la implementación y los resultados de cada uno de los estándares se realiza la calificación a cada uno de los criterios de priorización. Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN		
Riesgo	Costo	Volumen
Califique como 1 o 2	Califique como 1 o 2	Califique como 1 o 2
cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3	Califique como 3	Califique como 3
cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos
Califique como 4 o 5	Califique como 4 o 5 si al no	Califique como 4 o 5
cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución	si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Una vez obtenida la calificación, cada uno de los criterios se multiplica de forma horizontal para obtener así el resultado final y poder priorizar según la calificación la oportunidad de mejora a intervenir.

De acuerdo con la matriz de priorización para un mismo estándar pueden identificarse más de una oportunidad de mejora, que posiblemente no podrán ser priorizadas para ser intervenidas en el periodo. La máxima calificación que se puede obtener es de 125, aquellos estándares que obtengan esta calificación se consideran como críticos para el mejoramiento, se considera que los estándares que obtengan una calificación mayor de 80 son los que pueden entrar a intervenir en segunda medida, sin embargo, dependerá de los recursos y priorización que realiza el grupo de mejoramiento.

Con base en esta clasificación se determinará en qué orden de prioridad se realizará el seguimiento a los mismos, con el propósito de identificar las brechas de desempeño y con base en ello planear y diseñar la estrategia de intervención.

Para realizar la priorización se tiene en cuenta:

- Entrenar al grupo moderador en la aplicación de la matriz de priorización y el método de evaluación para cada proceso frente a los factores críticos

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

de éxito; ejemplo, cuestionar el impacto que tendrían las variables Riesgo, Costo y Volumen si no es priorizada las oportunidades de mejora de ese proceso.

- La forma como debe ser realizada la pregunta para priorizar, está relacionada con entender que riesgo y costo potencial, asume la institución y/o los usuarios de no tener implementada la mejora y el volumen está relacionado con la población afectada si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- Los procesos priorizados son aquellos de mayor criticidad por lo cual se tomarán los que obtengan una calificación de 125.
- La escala de calificación utilizada va de uno a cinco, donde 1 significa menor riesgo, costo y volumen y 5 mayor riesgo, costo o volumen.

11.4 Paso 4. Definición de la calidad esperada

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma cómo se espera que se realicen los procesos de atención teniendo como base las normas técnicas, guías, los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito el seguimiento constante al logro de los resultados esperados por la ESE Marco Fidel Suárez.

Es la determinación del nivel de calidad esperado para lograr cada uno de los procesos priorizados. Teniendo en cuenta que se utilizaron los estándares del Sistema Único de Acreditación como base para la autoevaluación y que la intencionalidad de orientar el proceso de mejoramiento continuo hacia los niveles superiores de calidad, estos se convierten en la calidad esperada, la forma como se espera que se realicen los procesos institucionales está contenida en la documentación institucional y en las fichas técnicas de los indicadores de los servicios ofertados por la ESE.

Para la definición de la calidad esperada, es importante en la elaboración de los indicadores tener en cuenta saber el objetivo del estándar priorizado, que busca medir, de esta manera las metas e indicadores generados serán pertinentes para lo que busca el estándar.

Los indicadores de evaluación para la AMEC corresponden al cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento planteados desde la priorización y los indicadores que surgen del mismo componente; sin embargo, aquellos reportados formalmente por la entidad (de acuerdo con la resolución 256 de 2016 y los reportados al Ministerio de la Protección Social), serán analizados

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

en la constante búsqueda de mantenerlos en términos de niveles sobresalientes.

Para la definición de la AMEC, la calidad esperada está definida por los estándares de acreditación correspondiente a los procesos prioritarios. Para garantizar la mejora continua se espera lograr el cumplimiento del 90% de las acciones implementadas y a su vez se busca pasar una autoevaluación de los estándares asistenciales de decir un aumento 1,2 anual. Los indicadores diseñados son una herramienta de monitoreo que permite evaluar como la organización avanza hacia la meta del estándar priorizado, logrando con ello medir y monitorear los resultados de las acciones de mejora en el tiempo estipulado.

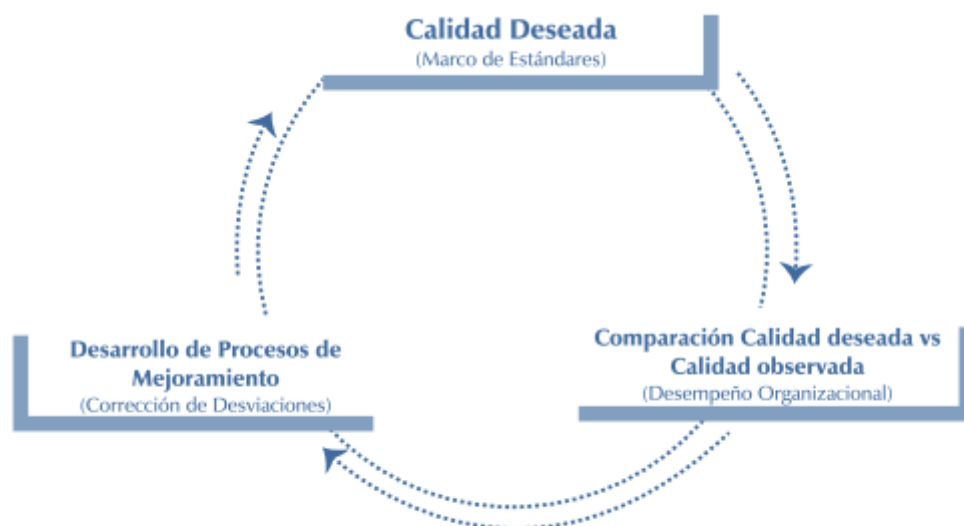


Figura 2. Representación Gráfica de lo que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad implica según el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006.

11.5 Paso 5. Medición inicial de desempeño de los procesos

La medición inicial de los estándares priorizados permite obtener la calidad observada, la cual nos mostrará la práctica actual en los procesos de la ESE Marco Fidel Suárez y así poder identificar la brecha existente entre lo esperado y lo observado. Para realizar este paso de la ruta crítica, se utilizarán los instrumentos de medición que permitan generar los indicadores establecidos.

En este paso de la ruta crítica es donde se inicia la aplicación de los

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

procedimientos de la auditoria, bajo la responsabilidad del equipo de mejoramiento. Estas auditorías serán la herramienta de evaluación sistémica con la cual se evalúan los procesos, el cumplimiento de las acciones detectadas, agrupadas y priorizadas durante la autoevaluación y se tendrán en cuenta dos aspectos:

1. Los resultados de la autoevaluación cualitativa y cuantitativa, estableciendo la brecha entre la calidad observada y la esperada.
2. En la calidad observada también se incluyen los resultados de la medición de los indicadores definidos en la calidad esperada, estableciendo también la brecha con los resultados.

Antes de iniciar la medición de los indicadores se realizará un entrenamiento al grupo de AMEC que va a ejecutar la medición en la aplicación de los instrumentos y/o bases de datos de donde se sacará la información, se realizará la validación de los instrumentos y se construirá el cronograma de medición de los indicadores seleccionados (Ver formato planeación auditoria, Formato informe de auditoría).

11.6 Paso 6. Elaboración del plan de mejoramiento

Al definir los estándares prioritarios objeto de mejora, se realiza el plan inicial de mejoramiento para establecer las estrategias específicas para el cierre de las brechas, que fueron encontradas en el proceso de autoevaluación. Para el desarrollo de este plan se toma como insumo fundamental las oportunidades de mejora detectadas en la autoevaluación.

El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan.

Cuando se determinen las causas se procederá a formular los planes mejora para impactar las mismas y corregir desviaciones, mediante la metodología de la Matriz de 5W 1H que toma su nombre por sus siglas en inglés: what, who, when, where, why y how (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

qué y cómo), con la elaboración de indicadores para realizar seguimiento (ver formato plan de acción).

11.7 Paso 7. Ejecución del plan de acción

El plan de acción de la AMEC hará parte del plan de mejoramiento único institucional y será monitoreado mensualmente por calidad, por medio del comité. El cumplimiento de éste se calculará dividiendo el número de las acciones ejecutadas sobre el total de acciones de mejoramiento propuestas en el plan. Las acciones de mejoramiento son ejecutadas por los responsables, según el cronograma preestablecido en el plan.

En este paso de la ruta crítica se debe conservar la evidencia de las acciones realizadas: actas de las reuniones, formatos diligenciados, procedimientos documentados, instructivos, listados de asistencia, entre otros.

11.8 Paso 8. Evaluación del mejoramiento

Consiste en el seguimiento al impacto de las acciones establecidas por la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, en donde se realiza el seguimiento a la implementación, con el fin de evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren algún ajuste, durante este seguimiento se tienen en cuenta los resultados de indicadores, las auditorías realizadas y demás acciones planteadas. Una vez identificadas las brechas existentes con la medición de los indicadores se debe continuar con el desarrollo de un nuevo ciclo de mejoramiento.

Se efectuará la medición y evaluación de la AMEC basado en:

- Monitoreo de los indicadores generados desde la AMEC en la etapa de la Calidad Esperada.
- A través de las auditorías internas a los procesos de la institución considerando el conjunto de acciones de auditoría preventiva, de seguimiento y coyuntural.

En tal sentido, y siguiendo las orientaciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Decreto 780 de 2016) y los lineamientos expedidos por el Ministerio de la Protección Social (Resolución 0005095 de 2018), la AMEC de la ESE está enfocado hacia la evaluación de los procedimientos basada en los estándares de Acreditación, lo que le permite garantizar la autoevaluación

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

del Proceso de Atención de Salud. Este proceso implica la evaluación y el mejoramiento sistemático del proceso de atención desde el punto de vista del cumplimiento de los atributos de calidad:

- Acceso
- Oportunidad
- Seguridad
- Pertinencia
- Continuidad

Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios: este proceso comprende la evaluación y el mejoramiento sistemático de la satisfacción de los usuarios con respecto a:

- El ejercicio de sus derechos.
- Su percepción sobre la calidad de los servicios ofrecidos por la ESE, con énfasis en el acceso y la oportunidad.

11.8.1 Tipos de acciones

Acciones preventivas

El Decreto 780 de 2016 define las acciones preventivas como el conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría sobre procedimientos definidos por la ESE, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios, para garantizar la calidad de esta. En este contexto, las acciones preventivas de la AMEC de la ESE Marco Fidel Suárez, son las siguientes:

- Estandarización de sus procesos prioritarios de primera línea, para establecer criterios de calidad esperada. Esta estandarización se refiere no solamente a los procedimientos propiamente dichos, sino también a la creación de todos los demás referenciales desarrollados por la institución y al diseño de indicadores e instrumentos de evaluación destinados a realizar un seguimiento integral de estos procesos.
- La capacitación y entrenamiento de los clientes internos de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez, y de los prestadores de servicios de salud en la modalidad de Outsourcing, para garantizar la correcta implantación de los procesos, mediante el Fortalecimiento del programa de inducción y reinducción.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

- La divulgación permanente de los derechos entre los pacientes para que estos se constituyan en veedores exigentes del proceso de atención.
- La aplicación de incentivos positivos cuando los Clientes Internos del Hospital obtienen resultados sobresalientes en sus indicadores de calidad. En este contexto, la ESE Hospital Marco Fidel Suárez utiliza una combinación de incentivos y de prestigio para premiar a los servicios o dependencias que logren cumplir las metas propuestas por la institución.
- Adopción, divulgación e implementación del Plan de Capacitación.
- Implementación de la historia clínica digital.

Acciones de Seguimiento

Se definen como un conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procedimientos definidos, para garantizar su calidad. En este orden de ideas, la ESE Marco Fidel Suárez, aplica las siguientes acciones de seguimiento:

- Actividades de auditoría interna sobre el desempeño de los procesos propios de la ESE, con énfasis en los procedimientos definidos, para lo cual se aplicarán los instrumentos diseñados por la institución, entre los cuales se tendrán: Rondas de seguridad, Rondas de Calidad, Auditorías internas de calidad, Estudios de Adherencia para determinar el grado de aplicación de las Guías de Medicina Basada en la Evidencia y protocolos, Evaluación de los Tiempos de espera en los diferentes servicios, Auditoría de la historia clínica, entre otros.
- Monitoreo de metas de calidad a través del cálculo de indicadores en todos los procedimientos que hacen parte del “qué hacer” de la institución.
- Aplicación y consolidación de encuestas para determinar la satisfacción de los pacientes con respecto a los servicios recibidos.
- Aplicación y consolidación de encuestas para determinar la satisfacción de los demás clientes de institución, con respecto a la relación contractual.
- Seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos por la institución

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

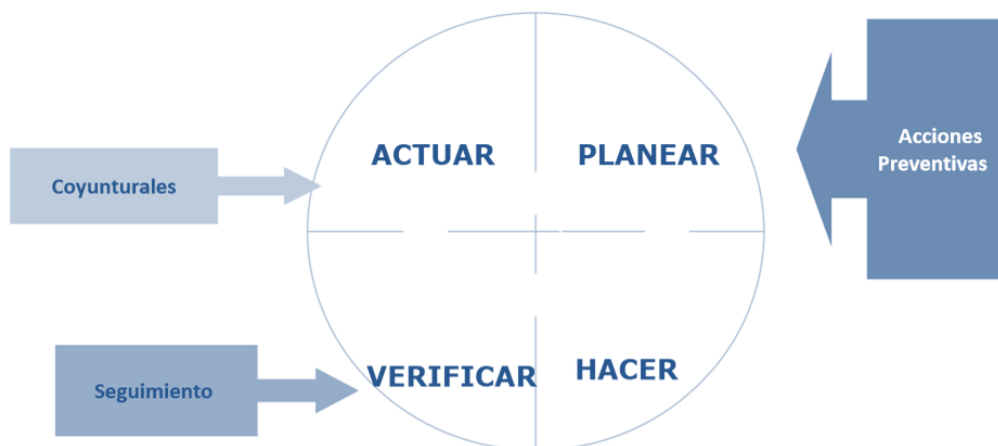
y que resultan como estrategia para intervenir las brechas de desempeño detectadas durante las mediciones anteriores.

Acciones Coyunturales

El Decreto 780 de 2016 establece las acciones coyunturales como un conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos de seguridad durante los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

La ESE, incluye en su AMEC las siguientes acciones coyunturales:

- Detección y consolidación de Eventos de Seguridad de acuerdo con el procedimiento para la gestión de eventos de seguridad.
- Análisis de causa raíz en eventos centinelas y trazadores del área asistencial.
- Análisis de los reclamos y sugerencias de los usuarios a través de la oficina de experiencia del usuario.
- Análisis y evaluación del incumplimiento de metas o planes de mejoramiento.



	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

11.8.2 Comités para Apoyo y Seguimiento a la Calidad

Los comités son un componente fundamental del Sistema de Calidad de la ESE Marco Fidel Suárez, por cuanto se constituyen en el vehículo a través del cual se lleva a cabo el seguimiento a los principales aspectos de calidad. Estos identifican, jerarquizan y definen la prioridad de solución de los problemas, analizan sus causas, proponen soluciones y vigilan su implantación y resultados. La ESE cuenta con los siguientes comités debidamente constituidos: calidad, Farmacia y terapéutica, COPASST, Emergencias, Docencia servicio, Investigación, Control de infecciones, PROA, PAS (Por una atención Segura), control de infecciones, Gestión y desempeño, ética Hospitalaria, experiencia del usuario, primario asistencial, Comité de vigilancia epidemiológica, comité de ética, AIEPI- IAMI, GAGAS, morbilidad materna.

Otros Comités: los demás, tienen como finalidad apoyar las acciones de seguimiento y coyunturales sobre los procedimientos, para garantizar su calidad y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia.

Los comités institucionales existentes permiten establecer un sistema de autocontrol de la institución, a los cuales se le realiza monitoreo y evaluación al cumplimiento de las funciones asignadas por el área de planeación.

Los resultados de las auditorias, los resultados de los puntos de control, los resultados de los indicadores y la definición de acciones de intervención, así como el seguimiento a los planes de mejoramiento serán analizados en los diferentes comités establecidos en la institución.

Consolidado de comités y sus responsabilidades frente a la AMEC

COMITÉS	AUDITORIAS
Comité de Farmacia y Terapéutica	Seguimiento al programa de farmacovigilancia Seguimiento al programa de tecnovigilancia. Seguimiento al programa de reactivo vigilancia.
Comité de Historias Clínicas	Auditoria técnica de la historia y archivo clínicos (incluye historia clínica física y Magnética). Verificación de copias de seguridad del software asistencial. Diligenciamiento de consentimientos informados.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

	Calidad en los registros clínicos.
Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo Comité GAGAS	Monitoreo al programa de Seguridad y Salud en el Trabajo. Monitoreo e investigación de incidentes y accidentes laborales. Monitoreo a la incidencia de riesgos ocupacionales y toma de acciones correctivas, monitoreo al PGIRASA. Monitoreo al programa de las 5S, monitoreo al programa de inspecciones de seguridad, monitoreo al programa de medicina laboral, Monitoreo al plan de emergencias, Monitoreo al clima organizacional y plan de impacto frente a resultados
Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria - GAGAS	Registro de limpieza y desinfección Uso de ropa hospitalaria Manejo de residuos Control de plagas
Comité de compras	Selección, evaluación y reevaluación de proveedores. Verificación de stocks de máximos y mínimos, análisis de eventos adversos originados por ausencia o daño de suministros. Verificación de la oportunidad en el pago a proveedores.
Comité de Sostenibilidad Contable	Seguimiento al proceso contable y depuración de glosas y carteras conciliadas. Auditoria a estados financieros. Auditoria a proceso de Facturación y Cartera.
Comité de Glosas	Seguimiento a gestión de glosas. Verificación del diligenciamiento de RIPS
Comité de calidad	Seguimiento a desempeño de procesos. Seguimiento a riesgos. Seguimiento a las auditorias. Seguimiento a la AMEC. Seguimiento a los indicadores de calidad. Seguimiento a planes de mejora.
Comité de experiencia al usuario.	Seguimiento a la satisfacción del cliente interno y externo.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

Comité de control de infecciones y PROA	Seguimiento a las infecciones asociadas a la atención en salud. Adherencia a los procesos para la prevención de infecciones.
Comité por una atención segura (PAS)	Implementación de la política de seguridad del paciente. Seguimientos a planes de mejoramiento generados de la gestión de los eventos adversos. Análisis de acciones inseguras y eventos adversos.
Comité Hospitalario de emergencias	Seguimiento al plan de emergencias, evaluación de simulacros.
Comité de vigilancia epidemiológica	Análisis de los eventos en salud pública.
Comité Morbilidad Materna	Seguimiento a la atención de las gestantes Revisión y adherencia a protocolos y GPC para la atención de las gestantes

11.8.3 Niveles de operación

La AMEC debe operar para un prestador en tres niveles: Autocontrol, Auditoría Interna y Auditoría Externa.

Se analiza a continuación el enfoque adoptado por la ESE para cada uno de los niveles de la AMEC.

Autocontrol

Según el Decreto 780 de 2016, este nivel se logra cuando cada uno de los miembros de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización y la normatividad vigente.

Para la ESE Marco Fidel Suárez, el autocontrol es un propósito permanente, que se logra poco a poco en el día a día de la institución.

Para fomentar el Autocontrol, en la ESE Marco Fidel Suárez, se han aplicado y se seguirán fortaleciendo las siguientes estrategias:

- Inclusión de actividades de autoevaluación del trabajo realizado, por cada uno de los funcionarios que intervienen en los procedimientos.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

- Reentrenamiento del personal que interviene en los procedimientos, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el manual de procesos y procedimientos y en el manual de funciones y competencias.
- Actividades periódicas de Auditoría interna, mediante las cuales se corrobora y refuerza la aplicación estandarizada de los procedimientos.
- Actividades periódicas de sensibilización orientadas a promover el autocontrol.
- Adicionalmente, la ESE Marco Fidel Suárez cree que la motivación del recurso humano es fundamental para garantizar la calidad de la atención a sus usuarios. Es por ello por lo que vela por mantener un clima laboral armónico y de permanente colaboración, donde se promueve y estimula la excelencia como un estilo de vida.

Auditoría Interna

La auditoría interna se define como la evaluación sistemática realizada en la misma institución por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del Autocontrol.

La AMEC de la ESE, comprende las siguientes acciones de auditoría interna para verificar el desempeño de los procedimientos definidos en este documento:

Evaluación de la pertinencia: la institución realizará estudios de adherencia, mediante la selección de muestras representativas de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido en el "instructivo para la determinación del cálculo muestral y el manual para la evaluación de adherencia a las guías, eficacia del tratamiento y oportunidad en la atención".

Para la realización de los anteriores estudios se desarrollaron y se aplicarán instrumentos o fichas técnicas de evaluación diseñados con base en las normas técnicas o guías de atención adoptadas por la institución mediante el Manual de Auditorías Internas.

Monitoreo del desempeño de la oficina de experiencia del usuario, en especial, lo relacionado con la oportunidad en el trámite de las respuestas a los usuarios y su aporte al mejoramiento de la calidad en los servicios

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

prestados.

Evaluación de la Satisfacción de los Clientes Externos (Usuarios, aseguradores y proveedores). Se aplicaran encuestas de satisfacción a los usuarios teniendo en cuenta el “procedimiento para la evaluación de la satisfacción de los usuarios ” y a los representantes de los aseguradores y proveedores de acuerdo al procedimiento “medición de la satisfacción de empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y proveedores ”, con el propósito de conocer su percepción respecto a los servicios prestados, en cuanto a la amabilidad, comunicación, cumplimiento de las condiciones contractuales, eficiencia en prestación de los servicios y oportunidad en los pagos, según el caso.

La auditoría interna incluirá la evaluación del desempeño de los procesos priorizados, el monitoreo de los indicadores y puntos de control, así como su cumplimiento frente al estándar establecido; estas auditorías pueden realizarse simultáneamente con los integrantes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG institucional que evalúa aspectos similares. Lo anterior para optimizar tiempo y recurso.

Como parte del fortalecimiento de la auditoría interna en la organización y con la capacitación de los auditores internos se pretende realizar la Evaluación Organizacional en dos niveles:

Auditoría interna cruzada

Para la realización de este nivel de auditoría se procederá a realizar por cada proceso priorizado la priorización de los procedimientos a evaluar. Se realizará la evaluación de los procesos priorizados con instrumentos y metodologías estandarizadas mediante el manual de Auditorías institucional las cuales serán aplicadas por los auditores internos quienes presentarán los informes de auditoría de acuerdo con los instructivos definidos en el manual.

Auditoría por pares

Es un tipo de auditoría interna que permite evaluar la calidad de los registros de la Historia Clínica y la calidad técnica de los procedimientos realizados a los usuarios. Esta auditoria también responde a un cronograma de actividades el cual debe ser ejecutado de manera organizada por los líderes de equipos de trabajo.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

FASES Y ACTIVIDADES DE LA AUDITORÍA
PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN
- Revisión y análisis de la documentación de la normatividad aplicable. Preparación de la auditoría: Instrumentos, itinerario o agenda de trabajo. - Notificación al área o coordinación responsable del proceso a auditar.
EJECUCIÓN
- Objetivos, sujetos de evaluación y metodología. Realización de la auditoría: verificación y recolección de la información. - Análisis previo de resultados y evaluación frente a los estándares establecidos. Reunión constructiva de cierre: informe verbal. - Elaboración y presentación del informe técnico ejecutivo escrito que incluye objetivos, hallazgos, deficiencias y medidas correctivas, preventivas y mejoramientos a implementar. - Registro de no conformidades. Acta de visita de auditoría que contempla: los hallazgos y la medida correctiva a implementar con la fecha de implementación respectiva; De toda auditoría que se realice se suscribirá el acta respectiva.
ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL
- Análisis a profundidad, de la información y elaboración escrita del informe. - Entrega y despliegue del informe.

Auditoría independiente

La Oficina de Control Interno y evaluación realizará la auditoría independiente, las cuales serán incluidas en el Programa de Evaluaciones de la ESE y responderán a un cronograma preestablecido.

Auditorías

A continuación, se presenta por cada procedimiento prioritario las acciones de auditoría que serán definidas por la institución además de las establecidas mediante el Manual de Auditorías internas.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

Tabla 1. Matriz de acciones de auditoría para los procedimientos asistenciales.

TIPOS DE ACCIONES				
PROCESOS DE AUDITORÍA		PREVENTIVAS	DE SEGUIMIENTO	COYUNTURALES
AUDITORÍA DEL PROCESO INDIVIDUAL DE ATENCIÓN		Adopción de estándares e indicadores acordados durante la atención del servicio. Procedimientos y protocolos estandarizados.	Monitoreo del cumplimiento de los estándares e indicadores pactados y para los procesos de atención acordados referentes con: - Diligenciamiento de Historia Clínica. - Utilización adecuada de medicamentos. - Estancias justificadas. - Utilización adecuada de los servicios. - Identificación de eventos adversos. - Utilización adecuada de los recursos diagnósticos. - Adherencias de guías de Manejo Clínico.	Comités de Auditoria Clínica para eventos adversos. Auditoria de pares en caso de ser requerido para el seguimiento de casos específicos.
MONITOREO DE PROCESOS PRIORITARIOS DE ATENCIÓN		Adopción de estándares e indicadores acordados.	Monitoreo del cumplimiento de los estándares e indicadores pactados y para los procesos	Reporte de alarma con base en los resultados obtenidos.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

	Macroprocesos, procesos, Subprocesos, Procedimientos y protocolos estandarizados	de atención acordados. Adherencia a los subprocesos, procedimientos y protocolos estandarizados	
VERIFICACIÓN AVANCES CONDICIONES ACREDITACIÓN	Autoevaluación anual de condiciones de acreditación, revisión por estándares.	Diligenciamiento de Autoevaluación por cada equipo autoevaluador por grupo de estándares, elaboración de plan de mejoramiento en caso requerido por responsable de la implementación.	Reporte de alarma por servicios que no cumplan estándares o incumplimiento del plan de mejoramiento.
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA	Adopción de estándares e indicadores para evaluar: Desempeño del Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Monitoreo del cumplimiento de los estándares de indicadores establecidos para los procesos prioritarios definidos. Seguimiento a la implementación de las soluciones.	Reporte de alarma por la presencia de fallas críticas en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia
AUDITORÍA DE LA ATENCIÓN AFILIADO Y SATISFACCIÓN AL USUARIO	Adopción de Estándares e indicadores de calidad para los procesos prioritarios de atención al afiliado. Medición de la percepción y satisfacción del usuario con los servicios que recibe.	Monitoreo del cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para los procesos prioritarios de atención de usuarios.	Reporte de alarma con base en los reportes de eventos críticos identificados a través de procesos de auditoría interna o externa.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

Auditoría externa

La auditoría externa se define como la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución.

La AMEC de la ESE Marco Fidel Suárez, comprende las siguientes acciones de auditoría externa para verificar el desempeño de los procedimientos a cargo de las IPS en outsourcing, en el marco de los procedimientos asistenciales:

Monitoreo y verificación de indicadores, especialmente los relacionados con oportunidad, seguridad y continuidad en la atención.

Si no se presentaron mejoras en los procesos priorizados se debe continuar con el ciclo para mejorar los problemas detectados.

El profesional de la AMEC y grupo de mejoramiento realiza seguimiento a la implementación de cada uno de los planes de acción establecidos en los tiempos asignados y verifica el cumplimiento del objetivo establecido frente al problema y los resultados obtenidos.

Proporción de cumplimiento de las actividades de mejoramiento, el cual consiste en realizar seguimiento al estado en que se encuentran las actividades que se formularon en cada plan de mejoramiento.

- Comportamiento del indicador del plan de mejoramiento.
- Esta etapa se da por terminado cuando se realiza el seguimiento al plan de mejora por medio del análisis de los resultados de los indicadores y se evidencia que se logró impactar favorablemente la calidad observada inicial.

11.9 Paso 9. Retroalimentación y aprendizaje organizacional

Una vez alcanzado y estabilizado el estándar en el nivel deseado se efectuará la documentación del proceso y se iniciará el entrenamiento y la capacitación a todas las personas de la organización, sobre la obtención y mantenimiento de los estándares de calidad logrados. Se establece un procedimiento de inducción para nuevos miembros de la institución al igual que para miembros de vinculación temporal a fin de asegurar que los estándares se mantengan con los procesos de cambio.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

En el aprendizaje organizacional se involucrarán los coordinadores y líderes de procesos, quienes retroalimentarán con su equipo de trabajo la documentación estandarizada.

De igual manera se evaluarán metas de logro de los objetivos de desarrollo personal y desarrollo corporativo a fin de estimular la consecución de las metas por el grupo, asegurando que el crecimiento de la institución se dé en forma homogénea y que cada uno de los integrantes se sientan como parte de su propio proyecto de vida.

Resultado del Aprendizaje organizacional y el cumplimiento de los planes de mejora:

- **Fortalecimiento del soporte documental de calidad:** La institución realizara una revisión permanente de toda la plataforma documental.
- **Ajuste de procesos y procedimientos para centrarlos en los usuarios:** La institución realizara revisión y actualización de todos sus procedimientos para enfocarlos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes, con base en el concepto de estandarización avanzada.
- La estandarización y actualización de procesos y procedimientos pretende aumentar la probabilidad de obtener resultados previsibles, y así mejorar la satisfacción de las expectativas del cliente y la eficiencia de los procesos.
- Elaboración y divulgación de políticas, programas, manuales y modelos que permitan orientar el que hacer organizacional mediante el fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Autoevaluación y aplicación de puntos de control en los procesos priorizados por parte de los líderes de equipos de trabajo los cuales deben facilitar el mejoramiento de los procesos.

Estrategia de despliegue

El Hospital Marco Fidel Suárez, establece tres lineamientos básicos que permiten orientar los esfuerzos de la organización en la implementación del programa.

Esta estrategia comprende cuatro fases a saber:

- Preparación
- Capacitación

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Coordinadora SOGC

- Acompañamiento
- Monitoreo y evaluación.

Preparación

En esta fase, se pretende identificar en cada área de trabajo del Hospital un líder, quienes serán los responsables del buen desarrollo del programa.

Una vez identificados estos funcionarios, se elaborará un cronograma de capacitación, no solo para los líderes identificados, sino para todos los funcionarios de la institución, y en especial para los protagonistas de los procesos prioritarios.

Capacitación

Para la divulgación de la AMEC en el Hospital, se pretende realizar capacitaciones virtuales al personal de la institución y presentaciones presenciales a través de los diferentes comités.

En la inducción institucional se da a conocer los objetivos del programa, los diferentes componentes de este y las actividades que se pretenden desarrollar para evaluar e implementar las mejoras en los diferentes procesos prioritarios de la institución.

Las actividades educativas se dirigirán a varios grupos así:

- Capacitación a los líderes identificados en cada área de trabajo del Hospital.
- Capacitación a los protagonistas de los procesos prioritarios.
- Capacitación y seguimientos a través de los comités.

Se realizará una evaluación para determinar el grado de comprensión del tema por parte de los participantes, de esta forma se aclararán las dudas que puedan presentarse en torno al desarrollo de la AMEC. Adicionalmente se presenta la AMEC en los procesos de gestión de las personas como son; Inducción, reinducción, actualización y entrenamiento en el cargo.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

Acompañamiento

Tiene como propósito garantizar la resolución oportuna de los problemas que pudieron presentarse como consecuencia de los cambios en los procesos prioritarios, de manera que se refuerce la aplicación del nuevo modelo y se evite el retroceso de la organización hacia las posibles actitudes que estaban implantadas antes.

La Gerencia a través de su equipo de calidad, conducirán el proceso de acompañamiento, con el fin de resolver las dudas que se presenten en el desarrollo de la acción anterior. Aquí, cada integrante del grupo de calidad de la ESE estará en las áreas donde se desarrollen los procesos y procedimientos prioritarios para dar la asesoría necesaria a los protagonistas sobre el buen desarrollo de las actividades.

Monitoreo y evaluación

- Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento elaborados para cerrar las oportunidades de mejora detectadas en las diferentes auditorias.
- Anualmente, se evaluará el impacto de la AMEC como herramienta de mejoramiento continuo y se implementaran los correctivos que sean necesarios.
- El impacto de las acciones de mejoramiento se verá reflejados en la calificación de la Autoevaluación anual relacionada con el indicador 1, del plan de gestión del Gerente que es evaluado mediante la Resolución 408 de 2018.

El propósito de estas acciones es constatar la realización de todas las tareas previstas en los anteriores componentes, y retroalimentar el proceso durante la marcha, de manera que se puedan introducir ajustes y correctivos oportunos. Por esta razón se considera que el monitoreo corre en paralelo con las demás actividades del proceso de despliegue.

Para cumplir con el propósito fundamental del monitoreo, el equipo de calidad establece comunicación permanente con el personal involucrado, en cada una de las etapas del proceso de despliegue, de manera que se puedan concertar y aplicar los ajustes necesarios durante la ejecución.

	MANUAL DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		Código: HMFS-DC-0220
			Versión: 05
			Fecha de Actualización: Enero de 2025
			Elaboró: Coordinadora SOGC

Reporte de indicadores

Por último, el reporte de indicadores se realiza, de acuerdo con la establecido en la circular externa 012 de 2016, por la cual se hacen adiciones, eliminaciones, y modificaciones a la circular 047 de 2007 y se imparte las instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad. En concordancia con la anterior la ESE Hospital Marco Fidel Suárez realiza el reporte de la aplicación de la AMEC, según lo dispuesto en el anexo técnico – archivo tipo N° ST002, con una periodicidad anual, con fecha de corte a 31 de diciembre.

La Circular 012 Superintendencia de Salud, indica las directrices para reporte de información de características de calidad de las instituciones en salud y Resolución 5095 de 2018, el cual adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

ANEXO 1. Autoevaluación cuantitativa

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aun cuando existen algunas áreas en	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

			donde se actúa reactivamente.		
CICLO DE Y EVALUACIÓN MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de los productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunas áreas, pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

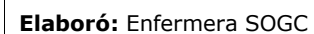
DESPLIEGUE AL CLIE NE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
TENDENCIA	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

COMPARACIÓN	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

[illegible]

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

BILIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Resolución 3100 de 2019. Sistema Único de Habilitación.
2. Ministerio de Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Resolución 256 de 2016. Sistema de Información para la Calidad. Formato en PDF. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/>
3. Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud. 2007. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/.../DocNewsNo16458DocumentNo4831.PDF
4. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Formato de archivo: PDF/Adobe Acrobat. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/.../Auditoría%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20
5. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Dirección General de Calidad de Servicios. Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

REVISION Y APROBACIÓN		
ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Nombre: Berónica López Gómez	Nombre: Sara Cardona	Nombre: Lency Naranjo
Cargo: Coordinadora SOGCS	Cargo: Asesora de Calidad	Cargo: Subgerente científica.

	MANUAL DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Código: HMFS-DC-0220
		Versión: 05
		Fecha de Actualización: Enero de 2025
		Elaboró: Enfermera SOGC

CONTROL DE CAMBIOS			
VERSIÓN	FECHA	CAMBIO	RESPONSABLE
01	Diciembre de 2021	Creación del documento	Equipo Calidad
02	Enero de 2022	Actualización ruta crítica del PAMEC	Enfermera SOGC
03	Enero de 2023	Actualización del documento	Enfermera SOGC
04	Enero de 2024	Actualización de resolución de integrantes del comité, actividades y referencia bibliográfica	Coordinadora SOGC
05	Enero de 2025	Actualización de resolución de integrantes del comité, plataforma estratégica, actividades.	Coordinadora SOGC