

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

## MANUAL AUDITORIAS INTERNAS CA-PAM-MA-01 V6



 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

## 1. OBJETIVO:

Establecer los parámetros para la planificación y ejecución de las auditorías internas en la Subred Sur, para que a través de una evaluación sistemática de los procesos asistenciales definidos como prioritarios y/o las normas aplicables, se identifiquen las oportunidades de mejorar fortalezas que permitan mantener la prestación de servicios con atributos de calidad, en cumplimiento de los objetivos institucionales.

### 1.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Definir los requisitos, roles y responsables en la ejecución de las auditorías internas, teniendo en cuenta las técnicas de auditoría y normatividad vigente.
- Estandarizar la metodología de evaluación de la adherencia de Guías de Práctica Clínica, Normas Técnicas, protocolos y/o procedimientos para identificar fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos.
- Facilitar el proceso de formulación de planes de mejoramiento, a partir de los diferentes informes de auditoría, para que, mediante el cierre de ciclos y el aprendizaje organizacional, se logre generar una cultura del mejoramiento continuo.
- Lograr el cierre de ciclos de mejora promoviendo el ejercicio de autocontrol y autoevaluación.

## 2. ALCANCE:

**DESDE:** La identificación de la necesidad de una auditoría, en el plan de auditorías, en alguna de las diferentes fuentes establecidas institucionalmente, o por solicitud de la Subgerencia de prestación de Servicios.

**HASTA:** La entrega del informe de auditoría, con el acompañamiento para la elaboración del plan de mejoramiento si aplica, seguimiento al cumplimiento y cierre del mismo.

## 3. JUSTIFICACION:

Actualmente en el concepto de calidad en la prestación de los servicios de salud, es importante resaltar el significado real de la auditoría en salud, como herramienta de gestión, que pretende un mejoramiento continuo, como elemento de evaluación de todos los actores involucrados en forma directa o indirecta en la atención en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social concibe la auditoría como “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”. Por lo tanto, es importante definir la auditoría desde un punto de vista integral en el que se incluyan los términos de calidad de los servicios, oportunidad, acceso y humanización.

Así mismo es fundamental comprender la auditoría en salud como una herramienta que además de permitir la identificación de las falencias en la prestación de los servicios, también permite reconocer las fortalezas; estableciendo la auditoría de la calidad de la atención en uno de los elementos pilares dentro del sistema de garantía de calidad que permite y propende el desarrollo de estrategias correctivas, y otras preventivas y de fortalecimiento; para mejorar los procesos de atención en salud y lograr mayor satisfacción de los usuarios y alcanzar progresivamente la tensión con niveles superiores de calidad.

## 4. A QUIEN VA DIRIGIDO:

Este documento concierne a todos los niveles del cliente interno y terceros de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

**La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-05-19**  
**MI-SIG-CDO-FT-06 V1** **Página 2 de 18**

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

## 5. DEFINICIONES:

**AUDITORÍA CLÍNICA:** Busca identificar las desviaciones en la prestación del servicio del personal asistencial con miras a proponer alternativas que permitan mejorar la calidad de los mismos (Medicina, Enfermería, Odontología, entre otros).

**AUDITORIA CONCURRENTE:** Se ejecuta en el lugar donde se desarrolla el proceso a evaluar, donde se está presentando la novedad, verificando si existe o no desviación entre la calidad observada y la esperada deñido a la Normatividad, la pertinencia y racionalidad de los soportes documentales existentes.

En auditoría clínica concurrente se busca una relación directa con nuestro usuario en la IPS y con el portafolio, procurando un uso racional del servicio, acorde con la pertinencia medica que cada caso exija, evalúa el cumplimiento de requisitos de habilitación, gestiona el ingreso a la red, evalúa la calidad de atención, pertinencia hospitalaria, racionalidad de los Servicios y verifica la calidad de la prestación de los Servicios de salud teniendo en cuenta la Normatividad.

**AUDITORIA DE CASO:** Es aquella que, por su implicación en las políticas de la organización y su carácter legal, requiere un manejo y análisis especial y detallado, generando un Informe específico de Concepto Técnico para la evaluación de la calidad de determinadas atenciones de un paciente en particular.

**AUDITORIA DE SERVICIOS:** Proceso sistemático que permite comparar la Calidad Observada frente a la esperada en los diferentes servicios y/o procesos, evaluando el grado de aplicabilidad de los protocolos y/o procedimientos diseñados y/o adoptados previamente por la subred Integrada de servicios de Salud Sur.

**AUDITORIA INTERNA:** Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos.

**AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD:** Es uno de los componentes del SOGCS, que se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud.

**AUDITORIA RETROSPECTIVA:** Es una auditoria clínica basada en la evaluación posterior a la atención del paciente, con base en los registros clínicos

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**CALIDAD ESPERADA:** Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr por cada uno de los procesos priorizados, define el estándar o meta a alcanzar en los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistema único de acreditación, necesidades y expectativas de los usuarios) o los instrumentos (indicadores) o el resultado (metas) de los mismos.

**CALIDAD OBSERVADA:** Es aquel nivel de calidad identificado en los procesos de evaluación de la Institución y que sirve como base para la implementación del plan de auditoría

**CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

**CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA:** Resultado de una auditoría, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

**EQUIPO AUDITOR:** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría, con el apoyo, si es necesario de expertos técnicos.

**EVIDENCIA DE LA AUDITORÍA:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

**EXPERTO TÉCNICO:** Persona que aporta conocimientos o experiencia específica al equipo auditor.

**HALLAZGOS DE AUDITORÍA:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada, frente a los criterios de auditoría. Pueden ser:

- **Fortalezas:** aspectos identificados en la auditoría que agregan valor al proceso.
- **No conformidades OPORTUNIDADES DE MEJORA:** incumplimiento de los criterios de auditoría

**HISTORIA CLINICA:** Documento privado obligatorio y sometido a reserva en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados con el equipo de salud que intervienen en su atención

**INFORME DE AUDITORIA:** Es el producto final en el que se concluyen los resultados del proceso de auditoría, en relación con el cumplimiento de normas, procedimientos, aspectos relacionados con la gestión y periodo examinado.

**LISTA DE CHEQUEO:** Formatos creados para controlar el cumplimiento de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática.

**PLAN DE AUDITORIA:** Herramienta en la cual se describe la programación de auditorías a realizar en la organización. Este contiene el conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico, detallando responsables, tiempos de ejecución, periodicidad, metas e indicadores.

**PLAN DE MEJORAMIENTO:** Es un conjunto de acciones encaminadas al mejoramiento de uno o varios procesos institucionales, generado para subsanar los hallazgos o no conformidades identificadas durante los diferentes niveles de la auditoría, estas acciones se registran en formatos que contienen, entre otros, tiempos para su cumplimiento, metas, indicadores y unos responsables de ejecución y seguimiento

**PROCESOS:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

**SOGCS:** El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.

## 6. NORMATIVIDAD APLICABLE:

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Ley 1122	2007	Establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles.	Ministerio de salud y Protección Social
Resolución 1995	1999	Establece normas para el manejo de Historias Clínicas	Ministerio de Protección Social
Decreto 1011	2006	Define y reglamenta "el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y	Ministerio de salud y Protección Social

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-05-19  
 MI-SIG-CDO-FT-06 V1 Página 4 de 18

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

		estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia.	
Decreto 903	2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.	Ministerio de salud y Protección Social
Decreto 780	2016	Decreto Reglamentario Único del Sector Salud y Protección Social, el cual compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Lo anterior con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 1552	2013	Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto - Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones	Ministerio de salud y Protección Social
Resolución 2082	2014	Donde se dictan "disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud."	Ministerio de salud y Protección Social
Resolución 0256	2016	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en Salud.	Ministerio de salud y Protección Social
Resolución 346	2017	Por la Cual se Inscribe una Entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud	Ministerio de salud y Protección Social
Resolución 5095	2018	Por la cual se adopta el "Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1"	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución 3100	2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de servicios de Salud y de Habilitación de servicios de salud. Y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Circular 012	2016	Por la cual se hacen 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 de la atención en salud y el sistema de información para la calidad.	Superintendencia Nacional de Salud

## 7. RESPONSABLE:

### Líder de Calidad:

- Gestionar la planificación del plan anual de auditorías internas, socializarlo con la Alta Dirección y buscar su aprobación. Así mismo, coordinar la ejecución del programa con apoyo del equipo auditor de la oficina.

### Gerencia:

- Aprobar el Plan Anual de Auditorías, formular requerimientos para auditorías o criterios de auditoría de interés para la alta dirección.
- Toma de decisiones, con base en los resultados.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

**Subgerencia de prestación de servicios de salud:**

- Solicitar la ejecución de auditorías que son requeridas por los procesos de Gestión de Servicios ambulatorios, hospitalización, de Urgencias, complementarios y de Gestión del Riesgo en Salud.
- Participar activamente en los planes de mejoramiento, promoviendo la toma de decisiones y acciones eficaces para subsanar las oportunidades de mejora identificadas.

**Directores, Líderes de Procesos Asistenciales y profesionales de Enlace**

- Hacer acompañamiento en las auditorías que tengan alcance al proceso que lidera, proporcionar los soportes requeridos para la misma.
- Hacer revisión de los informes de auditoría -previos y definitivos-, con el fin de hacer las correcciones necesarias, permitiendo que el informe sea el insumo que se requiere para la elaboración del plan de mejoramiento y el cierre de ciclos.
- Garantizar la ejecución del plan de mejoramiento en el respectivo proceso.
- Realizar socialización de los resultados de auditorías al equipo de salud a cargo.
- Hacer autocontrol de su proceso, para identificar las oportunidades de mejora en el desarrollo de las diferentes actividades, con el fin de implementar acciones que permitan fortalecer el proceso.

**Equipo auditor:**

- Establecer el Plan de auditoría específico, preparar la lista de verificación, ejecutar la auditoría y entregar los informes finales para ser socializados de acuerdo a las estrategias y planes establecidos en este procedimiento.
- Asesorar y acompañar el proceso de elaboración de planes de mejoramiento derivados de las auditorías realizadas
- Realizar seguimiento de la ejecución y cumplimiento de las acciones de los planes de mejoramientos derivados de las auditorías internas.

**Líder de Gestión documental:**

- Es el responsable de la custodia y entrega de los documentos físicos y magnéticos que se generen en el proceso de atención, para fines de auditoría.

**Líder de Sistemas de Información:**

- Garantizar el acceso a la información con fines de auditoría, así como garantizar el respaldo informático necesario para la custodia de la información, en los medios definidos para su almacenamiento.

**8. CONTENIDO DEL MANUAL:**

El presente manual da cumplimiento a lo enmarcado en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad **“Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”**. Y comprende la definición de las actividades propias de la auditoría interna de la Subred Sur, que van desde la planificación de las auditorías, hasta la ejecución, elaboración y entrega del informe, acompañamiento en la elaboración del plan de mejoramiento y seguimiento a su cumplimiento para el cierre del correspondiente ciclo de mejora.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

### 8.1. CONDICIONES GENERALES

- El Plan Anual de Auditorías internas, será socializado y aprobado en el comité de Calidad del mes de Febrero; y enviado mediante correo electrónico a las direcciones, profesionales de enlace, líderes y referentes de servicio.
- Ante cualquier modificación o ajuste extraordinario que requiera El Programa Anual de Auditorías será notificado por correo electrónico a las direcciones, profesionales de enlace, líderes y referentes de servicio.
- Los resultados de la auditora buscan evaluar el cumplimiento de los criterios establecidos según normatividad, o de acuerdo con los procedimientos, manuales, protocolos y Guías de Práctica Clínica de la Institución.
- Las acciones formuladas en los planes de mejoramiento deben ser pertinentes, de manera que permita el cierre de ciclos de mejora.
- Con el fin de garantizar la independencia y objetividad del proceso de auditoría, el auditor deberá declararse impedido en los siguientes casos:
  - ✓ Cuando deba evaluar procesos y/o actividades que hayan contado con su participación (Elaboración de documentos, entre otros)
  - ✓ Por no tener la competencia para el desarrollo de auditorías que le sean asignadas (Profesión distinta de la naturaleza de la auditoría, entre otros).
  - ✓ Cuando tenga una relación personal con el auditado.
- Todas las auditorías que se realicen en la Subred Sur, deberán provenir de una programación sistemática, o por solicitud de los procesos y/o aprobación de la Gerencia, Subgerencia de Prestación de Servicios y Oficina de Calidad.
- Cuando un proceso identifique la necesidad de una auditoría que no esté incluida en el Plan anual de auditorías, deberá hacer la solicitud a la Subgerencia de Prestación de Servicios de Salud quien, en articulación con la Oficina de Calidad, determinará la fecha de ejecución de la misma, en caso de encontrar pertinencia en la solicitud.
- En los casos en que el equipo auditor, no cuente con el conocimiento suficiente en algún campo, puede acudir a un experto en el tema, para que, sin hacer parte del proceso evaluado, contribuya en la verificación programada.
- La revisión del acto médico no podrá ser hecha por profesional distinto a un profesional médico. En caso de tratarse de una especialidad médica específica, el médico auditor deberá basarse en las guías de atención adoptadas por la institución para la evaluación del caso. El personal no médico sólo podrá auditar la Historia Clínica en cuestión de forma y/o tamizaje, más nunca en situaciones de fondo o pertinencia médica. Si la revisión de la historia clínica se hace para establecer criterios administrativos que lleven a la verificación de cantidades y su costo, podrá realizarse por otros profesionales o técnicos con el conocimiento y preparación para tal fin.
- El proceso de auditoría ha de desarrollarse en términos de respeto y cordialidad, por parte auditor y auditado, toda vez que su objetivo es hacer acompañamiento en la mejora del proceso.
- En el desarrollo de la auditoría es necesario que el equipo auditor adopte comportamientos para planear y ejecutar actividades que hagan exitoso el proceso. Con tal objetivo se recomienda tener en cuenta lo siguiente:
  - ✓ Tener presente en todo momento que la auditoria es un proceso de acompañamiento, de tal manera que se incite a la mejora, no punitivo.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

- ✓ Demostrar actitud cordial y tolerante, ante cualquier situación.
  - ✓ No emitir opiniones personales, sino con base en la documentación y/o normatividad evaluada.
  - ✓ Basarse en hechos y datos.
  - ✓ Tener una comunicación asertiva y redundante con el auditado, evitando interpretaciones equivocadas.
  - ✓ Permitir al entrevistado responder y demostrar el manejo o las gestiones que se realizan en el proceso.
  - ✓ Dar tiempo al entrevistado para que revise los hallazgos y para identificar los elementos del sistema en los que se encuentran deficiencias.
- Los hallazgos deben redactarse de tal manera, que permitan la fácil identificación de los mismos y generar acciones de mejora que los subsanen.
  - Previa medición de adherencia a través del proceso de auditoría es necesario que exista soporte de la divulgación y evaluación de las Guías de Práctica Clínica, Normas Técnicas, protocolos y/o procedimientos a evaluar, como evidencia de la apropiación del conocimiento.
  - Durante la realización de auditorías concurrentes, SIN EXCEPCIÓN, se debe llevar registro de los participantes en la actividad, utilizando el formato de Lista De Asistencia Reuniones vigente.
  - Definir la clase y tipo de auditoría a realizar, teniendo en cuenta las definiciones descritas en el presente documento y la clasificación de las mismas.

## 8.2. CLASES DE AUDITORIA

Entre las principales clases de auditoría se encuentran:

### ➤ Auditoría interna.

La auditoría interna o de primera parte, se realiza por la propia organización, o en su nombre, para la revisión por la dirección o para otros propósitos de la organización.

Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución es realizada por el personal que tiene dependencia laboral con la institución o empresa, por una instancia externa al proceso que se audita.

### ➤ Auditoría externa.

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de la auditoría de segundo orden, de este modo las auditorías de tercer orden las aplican organizaciones independientes, como las auditorías reglamentarias, de control o para certificación.

## 8.3. TIPOS DE AUDITORIA

Existen diferentes tipos de auditoría, las cuales permiten la verificación de servicios, productos, sistemas de gestión y procesos, entre los más destacados están:

### ➤ Auditoría de procesos.

En este tipo de auditoría el auditor verifica, revisa y confirma que el procedimiento escrito se esté cumpliendo y revisa que los resultados que se le entregan al cliente sean los mejores.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

➤ **Auditoria de registros.**

Esta es la verificación de los registros, para identificar si cumplen los requisitos establecidos, los normativos, los organizacionales, y así concluir si los procesos se están llevando a cabo de acuerdo a los requisitos, en este tipo de auditoría se incluyen las evaluaciones a las Guías de Práctica Clínica, Normas Técnicas, Protocolos, y Procedimientos institucionales.

En este tipo de auditoría, se encuentran:

- 1. Auditoría Clínica Retrospectiva.** La evaluación se realiza con base al registro clínico. De acuerdo a la metodología para la medición de la adherencia, la cual consiste en la aplicación de herramientas e instrumentos diseñados para tal fin. Estadísticamente dicha evaluación se efectúa en un término de 20 minutos en promedio para cada historia clínica médica, 25 minutos para cada historia de odontología y 30 minutos para la evaluación del registro clínico de cada historia de enfermería.
- 2. Auditoría de Caso.** Es la revisión específica de un usuario en un único caso o un grupo de usuarios que comparten una misma situación. La evaluación se debe realizar teniendo como base el registro clínico, en este tipo de auditoría se incluyen los conceptos técnicos, y auditorías para comité ADHOC.

No es obligatorio el uso de herramientas o listas de chequeo.

El informe se basará en dar respuesta específica a la solicitud recibida o bajo las características del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud (SOGCS).

- 3. Auditoría Concurrente.** La evaluación se realiza mediante la visita a los servicios solicitados y/o priorizados por parte del equipo auditor. De acuerdo al objetivo de la auditoría, se aplicarán herramientas o listas de chequeo, evaluando el momento de la atención del usuario. En este tipo de auditoría es posible evaluar la atención a un usuario no solo por la historia clínica, sino que adicionalmente se puede evaluar temáticas relacionadas al ambiente físico, procesos administrativos en el que se encuentra el usuario (seguridad del paciente, infraestructura, dotación, entre otros).

➤ **Auditoria de sistema.**

Esta consiste en verificar un área específica del sistema de gestión de la organización o del sistema en general, para confirmar que cumple con los requisitos de una norma, ley o contrato.

#### 8.4. PRINCIPIOS DE LA AUDITORIA

Los procesos de auditoría que se realicen en la Subred Sur, deberán cumplir con los principios básicos de cualquier auditoría, dado que:

- Garantizan que la auditoría sea objetiva e imparcial.
- Rigen el comportamiento de los auditores.

PRINCIPIO	DESCRIPCION
<b>Sistematicidad</b>	No aleatorio. Las auditorías usualmente son una actividad planificada y programada.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

<b>Independencia</b>	Es considerada como la base de la imparcialidad y objetividad de las conclusiones de la auditoría. Los auditores son independientes de la actividad auditada, no están parcializados y no tienen conflictos de intereses. Los auditores mantienen un estado mental objetivo durante todo el proceso de auditoría para asegurar que los hallazgos y conclusiones se basarán solamente en evidencias.
<b>Evidencia</b>	Enfoque basado en la evidencia, se considera el fundamento racional para llegar a conclusiones confiables y reproducibles. La evidencia de la auditoría es verificable y se basa en las muestras de información disponible, pues esta se desarrolla durante un periodo de tiempo específico y con recursos limitados. El uso apropiado de la muestra está muy relacionado con la confianza que se pueda tener en las conclusiones de las auditorías.
<b>Objetividad</b>	El proceso de evaluación es objetivo, el cual es definido como comparar la evidencia con los criterios de auditoría, usando hechos antes que percepciones subjetivas, opiniones y sentimientos. Se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible, que conducen a una Información veraz, exacta y clara.
<b>Integridad</b>	Se identifica por el profesionalismo de los auditores, su conducta ética, desarrollo de las competencias, juicios razonados y ausencia de conflicto de intereses
<b>Confidencialidad</b>	Enfoque basado en la seguridad de la información, y discreción de los auditores.
<b>Documentada</b>	Consiste en que debe existir un proceso escrito, el cual ha de cumplir con los pasos definidos por la institución para su elaboración, revisión y aprobación.

### 8.5. PLAN ANUAL DE AUDITORIAS INTERNAS

La Oficina de Calidad define el Plan Anual de Auditorías Internas (Fechas, periodicidad, procesos priorizados, y responsables) con base en las siguientes fuentes:

Para la priorización de las auditorías se tiene como fuentes:

- Perfil de Morbilidad y Mortalidad Institucional
- Normatividad (Resolución 3100 de 2019, Circular 016 de 2017, Resolución 408 de 2018)
- Sistema Único De Acreditación (SUA)
- Requerimientos de los Procesos por:
  - ✓ Necesidades identificadas desde el autocontrol
  - ✓ Auditorias de obligatorio cumplimiento por temas contractuales y/o de convenios interinstitucionales
  - ✓ PQRS más frecuentes.
  - ✓ Hallazgos de las EPS, que hayan sido reiterativos y/o no identificados en las auditorías internas.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

## 8.6. CICLO DE LAS AUDITORIAS INTERNAS

### 8.6.1. Planeación de la ejecución de la auditoría

Para las auditorías de procesos y aquellas que se ejecutan en campo de forma concurrente, la planeación se da inicio con la programación de reunión de apertura de la auditoría respectiva con los responsables del proceso y/o servicios a auditar; de manera simultánea se diligencia el formato PLANEACION DE AUDITORIAS (MI-SIG-PAM-FT-04 ), en el cual se establece el objetivo y los criterios de la auditoría, así como los documentos de referencia, los soportes que se requieren si aplica, el alcance y las unidades de la subred que aplica, y el tiempo estimado de ejecución, información que se transmite en la reunión de apertura.

Para las demás auditorías, se formula el Plan Anual de Auditorías Internas teniendo en cuenta las diferentes fuentes ya mencionadas en el presente documento; diligenciando el formato: SEGUIMIENTO PLAN ANUAL DE AUDITORIAS DE ADHERENCIA A LAS GPC, NORMAS TECNICAS, PROTOCOLOS Y/O PROCEDIMIENTOS ( MI-SIG-PAM-FT-06); en el cual se detallan las fechas, periodicidad, procesos y unidades que aplica, y el equipo auditor, con el programa socializado y aprobado en el comité de Calidad, inicia la ejecución de las auditorías.

Dentro de la planeación tanto para las auditorías concurrentes, de proceso y las retrospectivas incluidas en el plan anual se incluyen las siguientes actividades:

- Establecer el objetivo y alcance de la auditoría, los criterios y documentos de referencia.
- Asignación de tareas al equipo auditor: El auditor líder puede asignar dentro de su equipo las tareas que involucran la preparación de la auditoría. Adicionalmente el auditor líder asigna a cada miembro del equipo auditor, la responsabilidad para auditar procesos, funciones, áreas, lugares o actividades específicas.
- Preparación de los documentos de trabajo: involucra la preparación, actualización y registro de las herramientas definidas, con las que se deben verificar según revisión previa de documentación, informes de auditoría anteriores, entre otros.
- Los instrumentos de evaluación (listas de chequeo de cumplimiento de criterios), para cada su aplicación se encuentra en el formato institucional de Excel y en la plataforma Almera como tipo Encuestas, las cuales son enlazadas al módulo de Auditorías (el cargue a la plataforma se realiza de forma gradual).

### 8.6.2. Ejecución de la auditoría:

Toda la información verificada, la recolección de la información, los resultados de las entrevistas realizadas, así como lo observado en el proceso de auditoría, deberán ser registrados, según aplique, en la documentación diseñada para tal fin (Herramientas de auditorías del documento evaluado respectivo en el formato Excel y/o cargados a la encuesta correspondiente en la plataforma Almera)

Al concluir la fase de recolección de información, la evidencia objetiva de la auditoría es evaluada frente a los criterios de auditoría para generar los hallazgos de auditoría y servir de insumo para la creación de las oportunidades de mejora por parte de los responsables.

### 8.6.3. Elaboración del Informe de auditoría

El Informe de Auditoría Interna es elaborado por el equipo auditor en el formato institucional vigente definido para tal fin (**CA-PAM-FT-05 informe de auditoría interna**), el cual contiene el objetivo, alcance, metodología y se registran los hallazgos, resultados y conclusiones de la

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

misma; el cual es cargado a la plataforma Almera, en la sección informes de cada Evaluación (Auditoría) ejecutada.

Teniendo en cuenta que la auditoria sirve como herramienta para brindar información que sirve de soporte para la formulación de acciones de mejora y toma de decisiones; es importante resaltar que los resultados notificados en los informes de auditoría son desagregados por criterios, perfiles y servicios por cada una de las unidades cuando aplique, emitiendo a su vez un resultado consolidado global por Subred.

#### **8.6.4. Entrega de Informe de auditoría**

- a. Se realiza envío del informe preliminar de auditoría a los directores, líderes y/o referentes responsables de la Guía de Práctica Clínica, procedimiento y/o protocolo auditado quienes tendrán la oportunidad de examinar su contenido, realizar observaciones, y notificarlas al equipo auditor en un término de máximo 5 (cinco) días hábiles, desde el momento de envío del Informe, para análisis de las mismas por parte del equipo auditor.
- b. Se convoca a los responsables (Directores de Servicios, Líderes y/o Referentes) para reunión, en la cual:
  - Se realiza lectura del informe preliminar, se conciertan los ajustes de las observaciones (si aplica), y se consolida el informe definitivo de conformidad con lo expuesto por el auditado y el equipo auditor.
  - Se emite Informe final de la Auditoría, el cual puede ser consultado desde la plataforma Almera por los Directores, Líderes y referentes del documento auditado y si aplica se solicita documentar las acciones en el Plan de Mejoramiento Institucional (Ver Manual de Mejoramiento Institucional).

#### **8.6.5. Formulación de Plan y/o acciones de mejora**

Para la formulación del plan de mejoramiento, la Oficina de Calidad, estará en disponibilidad de asesorar técnicamente al o los responsables de elaborar el plan, acompañando en la formulación de Oportunidades de Mejora y/o acciones que disminuyan la brecha entre la calidad observada frente a la calidad esperada, sin involucrarse en las decisiones que se tomen desde el proceso evaluado, es importante resaltar que la formulación de dicho plan y/o acciones de mejora se realiza en la plataforma Almera de acuerdo al Manual de Mejoramiento Institucional.

#### **8.6.6. Seguimiento al Plan y/o acciones de mejora**

En cumplimiento del Manual de mejoramiento continuo de la calidad y Gestión Institucional, como primera línea de defensa, los directores, líderes y/o referentes responsables de la ejecución de la formulación y ejecución de las acciones, deben hacer el primer seguimiento del cumplimiento de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento. Los encargados de la Oficina de Calidad, harán el seguimiento al mismo plan de mejoramiento definido, como segunda línea de defensa; lo anterior se realiza en la plataforma Almera de acuerdo al Manual de Mejoramiento Institucional.

### **8.7. SOCIALIZACION DE RESULTADOS DE AUDITORIA**

La socialización de resultados debe considerarse como un espacio en donde se transmiten los hallazgos y resultados, mediante el acercamiento con el equipo de salud, como parte activa en cada uno de los procesos evaluados, resolviendo dudas de forma sincrónica, orientados al fortalecimiento de la mejora continua. De este modo esta transferencia de la información,

**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

socializando los resultados se realiza en diferentes escenarios y niveles con el fin de alcanzar la mayor cobertura del equipo de salud involucrado.

#### **8.7.1. Equipo Auditor a Directores, Líderes, Referentes y/o Profesionales de Enlace**

El equipo auditor mediante correo electrónico convocará a reunión o mesa de trabajo a Directores, Líderes, Referentes y/o Profesionales de Enlace con el fin de resolver dudas e inquietudes, y de forma personalizada realizar la socialización de los hallazgos, y resultados de adherencia.

#### **8.7.2. Directores, Líderes, Referentes y/o Profesionales de Enlace al Equipo de Salud**

Es responsabilidad de los directores, líderes, Referentes, y/o Profesionales de Enlace el proceso realimentar a sus colaboradores y/o a quienes consideren deban conocer el informe de auditoría definitivo, y de este modo socializar los resultados a todo su equipo de salud.

#### **8.7.3. Equipo Auditor a Equipo De Salud**

- En las Unidades Locales de Comunicación (ULC) de los servicios ambulatorios de las Unidades, el equipo auditor realizará socialización de los resultados de adherencia por Subred y específicos por la Unidad; previa autorización del espacio en la misma.
- En los servicios de urgencias y hospitalización, con el fin de fortalecer y aumentar cobertura en el equipo de salud de estos servicios, los auditores realizan transmisión de los resultados directamente al equipo de salud de forma personalizada.

### **8.8. PARAMETROS PARA LA EJECUCION DE LA AUDITORIA RETROSPECTIVA**

Teniendo en cuenta que de acuerdo a las Guías de Práctica de Clínica, Normas técnicas vigentes, Protocolos y/o Procedimientos institucionales, en la auditoría retrospectiva se realiza el análisis de la Historia Clínica (física y/o magnética), una vez se han generado los registros durante la prestación efectiva de los servicios; es importante establecer definiciones y parámetros para ejecución de la misma.

#### **8.8.1. Población Objeto**

Es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes, del que se selecciona una muestra, para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación.

De acuerdo a lo anterior el equipo auditor, basado en las Guías de Práctica de Clínica, Normas técnicas vigentes, Protocolos y/o Procedimientos institucionales a evaluar y el cronograma del Plan anual de auditoría, define la o las unidades que harán parte de la población objeto, y/o si se toma de forma individual o se agrupan de acuerdo a los objetivos y alcance de cada auditoría; así como el periodo de tiempo específico de la medición (trimestral, cuatrimestral, semestral, etc.), que se detallará en la metodología de cada medición.

La fuente de la población objeto de donde se seleccionan las muestras para la evaluación de la adherencia y/o pertinencia de guías, protocolos y/o procedimientos corresponde a las bases relacionadas en el siguiente cuadro:

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

AUDITORIA	BASE PARA POBLACIÓN OBJETO
Adherencia a la guía práctica clínica y/o de manejo de Trastornos hipertensivos en el Embarazo, Hemorragia posparto - Código Rojo y Sepsis Obstétrica.	Base de datos del Sivigila notificación evento 549 morbilidad materna extrema
Adherencia a la guía práctica clínica y/o de manejo de Atención del Trabajo de Parto	Reporte sistema de información dinámica (atenciones de parto)
Adherencia a la guía práctica clínica y/o de manejo de Prematuridad Extrema	Reporte oficial de nacidos vivos emitido por estadísticas vitales, de donde se realiza el respectivo filtro para la los pacientes que aplique la evaluación de la Guía
Auditoria a los Lineamientos de Trasplantes	Base de datos suministrado por referente del Programa de Donación de Órganos y trasplantes.
Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Recién Nacido Sano: Adaptación Neonatal	Reporte oficial de nacidos vivos emitido por estadísticas vitales, de donde se realiza el respectivo filtro para la los pacientes que aplique la evaluación de la Guía
Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Sífilis Gestacional	base de datos del Sivigila notificación evento sífilis gestacional
Adherencia a la Guía de Práctica Clínica de Sífilis Congénita	Base de datos del Sivigila notificación evento sífilis congénita
Adherencia a las demás guías, protocolos y/o procedimientos.	Reporte sistema de información dinámica, (Informe generado para Auditoría de Historias Clínicas)

### 8.8.2. Calculador de Muestra

El equipo auditor debe obtener evidencia suficiente apropiada para poder llegar a conclusiones razonables, confiables y veraces en las cuales apoya la opinión de auditoría. En la búsqueda de evidencia, normalmente, no se examina toda la población objeto; y de este modo el muestreo es por lo tanto una herramienta de la investigación científica, cuya función básica es determinar que parte de una población debe evaluarse, con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población.

Conforme a lo anterior, y ya establecidas la o las poblaciones objeto, de acuerdo a la descrito en el numeral 8.8.1; para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, la definición de la muestra estadística se realiza aplicando la herramienta Calculador de muestras que se encuentra en el link <https://www.netquest.com/es/gracias-calculadora-muestra>, el equipo auditor establece los niveles de confiabilidad que deben ser mayor o igual al 90% (90, 95 o 99%) y los márgenes de error que no deben superar el 10%, con el fin de obtener una evidencia suficiente, fiable, relevante y útil para cumplir con los objetivos de la auditoría.

### 8.8.3. Metodología de Muestreo

Posterior al cálculo de la muestra, se debe lograr que la misma sea una representación adecuada de la población, en la que se reproduzca de la mejor manera los rasgos esenciales de dicha población que son importantes para la auditoría.

Existen diferentes criterios de clasificación de los diferentes tipos de muestreo, aunque en general pueden dividirse en dos grandes grupos: métodos de muestreo probabilísticos y *métodos de muestreo no probabilísticos*.

*La metodología definida en la Subred Sur corresponde al muestreo aleatorio simple del muestreo Probabilístico.* Con esta metodología todos los elementos que forman el universo - y que por lo tanto están incluidos en el marco muestral - tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

Es importante resaltar que cuando se trate de evaluaciones que aplican para todas las unidades, estas últimas siempre deben contar con muestras a las cuales se le realice la medición respectiva, con el fin de generar resultados por cada una de ellas; de este modo el número de atenciones a evaluar por unidad se determinará de acuerdo al porcentaje de contribución de la unidad para la Subred en la Guía de Práctica de Clínica, Norma técnica, Protocolo y/o Procedimiento institucional evaluado.

Las unidades que por su oferta y demanda de servicios presentan un porcentaje de atenciones menor, y por ende la muestra calculada sea menor a 3; se establece para estas unidades evaluar un mínimo de 3 atenciones para la auditoría respectiva, independiente del número que por porcentaje de participación corresponda.

Para la obtención de la muestra de las atenciones se contará con planilla Excel de la base de datos de la población objeto de acuerdo con lo establecido en el instructivo "CA-PAM-IN-01 METODOLOGÍA DE MUESTREO".

### 8.9. INDICADORES DE PERTINENCIA Y/O ADHERENCIA PARA GUÍAS DE PRÁCTICA DE CLÍNICA, NORMAS TÉCNICAS VIGENTES, PROTOCOLOS Y/O PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES

Los indicadores se convierten en elementos que permiten hacer seguimiento para la toma de decisiones en las organizaciones, dado que el análisis de datos, conlleva a la mejora continua mediante la implementación de las acciones respectivas.

Teniendo en cuenta que los indicadores se pueden clasificar en función de su tipo matemático; así:

**Proporción:** Es un indicador en el cual se establece una relación entre una parte y un todo, esto significa que la cantidad registrada en el numerador, está nuevamente incluida en el denominador.

**Promedio.** Es un indicador en el cual se establece una relación entre una sumatoria de cantidades y el número total de mediciones realizadas para llegar a dicha sumatoria.

De este modo, con base en las definiciones expuestas, y considerando que se hace necesario tener un parámetro medido que permita generar planes y/o acciones de mejoramiento, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, define:

- Realizar el control mediante la aplicación y seguimiento de indicadores tipo proporción para la evaluación de la aplicación de las Guías y/o Normas Técnicas, definidas en la Resolución 408 de 2018.

Evaluación de aplicación de Guías y/o Normas Técnicas definidas en la Resolución 408 de 2018

Nombre	Evaluación de aplicación de Guías y/o Normas Técnicas (de acuerdo al indicador que corresponda) definidas en la Resolución 408 de 2018.
Justificación	Permite medir el número de historias clínicas de la muestra representativa seleccionada, con aplicación estricta del documento evaluado, la cual se define como alcanzar el nivel Satisfactorio de acuerdo a los parámetros institucionales en cada historia clínica auditada, teniendo en cuenta el número de criterios que se deben cumplir por cada historia.
Tipo de indicador	Eficacia
Tendencia esperada	Creciente
Sustento normativo	Resolución 408 de 2018

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

<b>Fórmula Numerador</b>	Número de historias clínicas auditadas, que hacen parte de la muestra representativa, con aplicación estricta de Guías y/o Normas Técnicas (de acuerdo al indicador que corresponda) definidas en la Resolución 408 de 2018 evaluados (as).
<b>Fórmula Denominador</b>	Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de las Guías y/o Normas Técnicas (de acuerdo al indicador que corresponda) definidas en la Resolución 408 de 2018 evaluados (as).
<b>Unidad de medida</b>	Porcentual
<b>Fuente de la información</b>	Numerador: Oficina de Calidad -Línea PAMEC Denominador: Oficina de Calidad -Línea PAMEC
<b>Periodicidad de generación de la información</b>	Trimestral

- Realizar el control mediante la aplicación y seguimiento de indicadores tipo promedio para la evaluación de los resultados de pertinencia y/o adherencia de las demás Guías de Práctica de Clínica, Normas técnicas vigentes, Protocolos y/o Procedimientos institucionales.

Evaluación de la aplicación de las Guías, Normas Técnicas, Protocolos, y/o Procedimientos Institucionales no incluidas en la evaluación obligatoria de la Resolución 408 de 2018.

<b>Nombre</b>	<b>Evaluación de la aplicación de las Guías, Normas Técnicas, Protocolos, y/o Procedimientos Institucionales no incluidos en la evaluación obligatoria de la Resolución 408 de 2018</b>
<b>Justificación</b>	Permite medir objetivamente el cumplimiento de los criterios establecidos en todas las de historias clínicas de la muestra representativa seleccionada, evidenciado la adherencia al documento evaluado, aplicando los parámetros de calidad esperados y avalados institucionalmente, y de este modo determinar el nivel de adherencia alcanzado de acuerdo a los parámetros de semaforización institucional.
<b>Tipo de indicador</b>	Eficacia
<b>Tendencia esperada</b>	Creciente
<b>Sustento normativo</b>	Parámetros institucionales
<b>Fórmula Numerador</b>	Sumatoria del número de criterios cumplidos en todas las historias clínicas que hacen parte de la muestra representativa, de acuerdo a los instrumentos de auditoría definidos en la institución para la evaluación de las Guías, Normas Técnicas, Protocolos, y/o Procedimientos Institucionales no incluidos en la evaluación obligatoria de la Resolución 408 de 2018 evaluados (as).
<b>Fórmula Denominador</b>	Número total de historias clínicas auditadas de la muestra representativa de pacientes con diagnóstico de las Guías, Normas Técnicas, Protocolos, y/o Procedimientos Institucionales no incluidos en la evaluación obligatoria de la Resolución 408 de 2018 evaluados (as).
<b>Unidad de medida</b>	Porcentual
<b>Fuente de la información</b>	Numerador: Oficina de Calidad -Línea PAMEC Denominador: Oficina de Calidad -Línea PAMEC
<b>Periodicidad de generación de la información</b>	De acuerdo a la periodicidad definida en el Plan Anual de Auditorías Internas de la vigencia.

**Nota Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-05-19  
 MI-SIG-CDO-FT-06 V1 Página 16 de 18

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

#### 8.10. PARAMETROS DE SEMAFORIZACION PERTINENCIA Y/O ADHERENCIA PARA GUÍAS DE PRÁCTICA DE CLÍNICA, NORMAS TÉCNICAS VIGENTES, PROTOCOLOS Y/O PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES

Con el fin de efectuar el seguimiento, realizar la evaluación adecuada y disponer de elementos que contribuyan a la toma de decisiones orientadas a la mejora continua de la atención en salud con niveles superiores de Calidad, y tomando como referencia la orientación de estándares de acreditación, en la tabla siguiente se establecen los parámetros de semaforización Institucional que identifican si el cumplimiento del indicador de pertinencia y/o adherencia a Guías de Práctica de Clínica, Normas técnicas vigentes, Protocolos y/o Procedimientos institucionales, fue el adecuado o esperado; definiéndose a su vez estos cumplimientos como la calidad esperada.

SEMAFORIZACION	NIVEL	INTERVALO	DESCRIPCION
	SATISFACTORIO	90% - 100%	Cumplimiento <b>SIGNIFICATIVO</b> y requiere mantenimiento en la calidad de la Atención
	ACEPTABLE	80% - 89%	Cumplimiento <b>PARCIAL</b> , se requiere mejorar y consolidar intervenciones en los aspectos deficientes identificados.
	CRITICO	0% - 79%	<b>NO</b> cumplimiento y se requiere de manera prioritaria definir acciones de mejora para adherirse a las guías, protocolos y/o procedimientos.

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-05-19  
 MI-SIG-CDO-FT-06 V1 Página 17 de 18

 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E</b>	
	<b>AUDITORIAS INTERNAS</b>	<b>CA-PAM-MA-01 V6</b>

## 9. CONTROL DE CAMBIOS:

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2017-09-27	1	Creación del documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
2017-12-22	2	Se hace modificaciones en el numeral "8. Disposiciones generales", en donde se agrega la evaluación por pares.
2018-11-13	3	Se ajusta la descripción de actividades de acuerdo a los tipos de auditorías, del mismo modo en las disposiciones generales se agregan la clasificación de los tipos de auditorías y los niveles de cumplimiento de la secretaría.
2019-10-25	4	Cambia el nombre del documento además se incluye definiciones para realización de auditoría administrativa, se ajusta descripción del cálculo de muestra, fuentes de la población objeto, actualización de formatos de planeación de las auditorías, presentación de informes.
2020-07-07	5	Actualización de parámetros de semaforización de indicadores de pertinencia y/o adherencia, definición de población Objeto, bases de Población Objeto, y Metodología de Muestreo (paso a paso)
2022-05-19	6	Se ajusta tipo documental cambia de Procedimiento a Manual, se actualiza código y nombre (Anterior: MI-SIG-PAM-PR-02 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD). Se ajustan, actualizan y adicionan conceptos, tipologías, clasificación y metodologías, se amplía y detalla el ciclo completo de la Auditoría interna, así como los parámetros de ejecución de la auditoría retrospectiva y los respectivos indicadores y semaforización de los mismos, entre otros ítems del Manual.

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Martha Janneth González Hernández	Nombre: Dayra lanova Castellanos	Nombre: Sandra Patricia Alba Calderón	Nombre: Dayra lanova Castellanos
Cargo: Médico Línea PAMEC - Oficina de Calidad	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Profesional especializado – Calidad	Cargo: Jefe Oficina de Calidad
Fecha: 2022-04-20	Fecha: 2022-05-19	Fecha: 2022-05-19	Fecha: 2022-05-19

**Notal Legal:** Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

**La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-05-19**  
**MI-SIG-CDO-FT-06 V1** **Página 18 de 18**