ALCANCE DE LA AUDITORÍA EN EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA, 2021

CLAUDIA PATRICIA ARIZA FONSECA
LAURA MARCELA GOMEZ DÍAZ
JUAN PABLO GUALDRÓN MONCADA
YANETH ROCIO JAIMES FUENTES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA
LINEA DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
FLORIDABLANCA
2021

ALCANCE DE LA AUDITORÍA EN EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA, 2021

CLAUDIA PATRICIA ARIZA FONSECA
LAURA MARCELA GOMEZ DÍAZ
JUAN PABLO GUALDRÓN MONCADA
YANETH ROCIO JAIMES FUENTES

Trabajo de grado para optar por el título de especialista en auditoría en salud

Asesora
ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA GAVIRIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA
LINEA DE INVESTIGACION AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD
FLORIDABLANCA
2021

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

Floridablanca, 27 de mayo de 2021

A nuestras familias por su incondicional apoyo durante nuestra formación personal, académica y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Bucaramanga y Universidad CES por su colaboración desde el inicio de nuestra formación como especialistas en auditoría.

A nuestros profesores de especialidad en Auditoría, por compartir sus experiencias y conocimientos durante el transcurrir de la misma.

A nuestra asesora por su apoyo durante la realización de la presente monografía.

CONTENIDO

Pág.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA 19
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 19
1.2. JUSTIFICACIÓN 20
2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL 22
2.1. MARCO TEÓRICO 22
2.1.1. Sistema General de Seguridad Social en Colombia 22
2.1.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) ... 23
2.1.3. Componentes del SOGCS 24
2.1.4. Auditoría en salud 25
2.2. MARCO LEGAL 26
2.2.1. Ley 1438 de 2011 de la Presidencia de la Republica 26
2.2.2. Decreto 1011 del 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social ... 26
2.2.3. Decreto 4295 de 2007 de la Presidencia de la Republica 27
2.2.4. Decreto 903 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social 27
2.2.5. Decreto 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social 27
2.2.6. Decreto único reglamentario 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social 28
2.2.7. Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social 28
3. OBJETIVOS 29
3.1. OBJETIVO GENERAL 29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 29
4. METODOLOGÍA 30
4.1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE BÚSQUEDA ..30
4.2. TÉCNICAS DE BÚSQUEDA 31
4.3. PROCESO DE ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO 33

4.4. CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS....33
4.5. PLAN DE EVALUACIÓN, ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS E INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL....33
4.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DEL MATERIAL....34
4.7. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS....34
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS....35
6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS....36
6.1. CRONOGRAMA....36
6.2. PRESUPUESTO....36
7. RESULTADOS....38
7.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA AUDITORIA....38
7.1.1. Auditoría en Latinoamérica....39
7.1.2. Auditoría en Colombia....40
7.2. INDICADORES DE DESEMPEÑO....43
7.2.1. Indicadores de estructura:....46
7.2.2. Indicadores de proceso:....47
7.2.3. Indicadores de resultados:....47
7.2.4. Dominios de calidad en indicadores:....48
7.3. IMPACTO DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD....49
8. CONCLUSIONES....52
9. RECOMENDACIONES....54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....55
ANEXOS....61

LISTA DE ILUSTRACIONES

Pág.

Ilustración 1. Mapa conceptual de metodología de búsqueda bibliográfica 32

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Indicadores para el monitoreo de la calidad en colombia – para prestadores de servicios de salud.....61

Anexo 2. Indicadores para el monitoreo de la calidad en colombia – para EAPB..65

Anexo 3. Indicadores para el monitoreo de la calidad en colombia – para entidades departamentales, distritales y municipales de salud 67

Anexo 4. Instrumento para revisión de artículos bibliográficos 68

GLOSARIO

ACREDITACIÓN EN SALUD: Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (1).

AUDITORIA EN SALUD: Se define como un componente de mejoramiento continuo en SOGCS, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el SUH que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora en la atención (2).

CALIDAD: Está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones (3).

CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD: Se define en el SOGCS como 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 (4).

CONTROL: Es un mecanismo del proceso administrativo creado para verificar que los protocolos y objetivos de una empresa, departamento o producto cumplen con las normas y las reglas fijadas (5).

EFECTIVIDAD: Es la mejora de la salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana (6).

EFICACIA: Es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente en unas circunstancias inalterables (6).

EFICIENCIA: Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles (4).

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB: Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada Decreto (4).

ESTANDARIZACIÓN: Se define como el desarrollo y la implementación de manera uniforme y acordada, de especificaciones técnicas, criterios, métodos, procesos y prácticas que pueden incrementar la compatibilidad, calidad, reproducibilidad y seguridad asistencial (7).

EVENTO ADVERSO: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un evento adverso (EA) es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produce daño al paciente (8).

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado (9).

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial (9).

HABILITACIÓN: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud (4).

HERRAMIENTAS: Se trata de un conjunto de acciones organizadas y sistematizadas que se implementan para producir cambios en los resultados de la gestión (10).

HUMANIZACIÓN: Hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas y conductuales. Se encuentran asociadas con las relaciones que se establecen al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo (11).

INDICADOR: Son instrumentos de medida que pueden ser usados para describir y comprender como funciona la calidad de un sistema o una actividad en concreto, en el área específica de la salud, nos brindan información relativa a varios aspectos de la salud de la población (12).

INSPECCIÓN: Es el control de las condiciones y requisitos para la puesta en marcha de establecimientos, servicios sanitarios y de otra índole, constituye una actividad fundamental en Salud Pública a efectos de proteger la salud de los ciudadanos (13).

INTEGRALIDAD: Se concreta en que el paciente reciba los servicios médicos que requiere para atender su enfermedad, de manera oportuna, eficiente y de alta calidad. Además, comprende la garantía de las facetas del derecho a la salud que ocurre en la posible afección que puede padecer una persona (14).

MEDICINA PREPAGADA: Sistema organizado y establecido por las empresas autorizadas conforme a lo establecido en la normativa, para la gestión de atención médica, y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender o prestar directamente o indirectamente estos servicios, mediante el cobro regular de un precio pagado anticipadamente por los contratantes, a través del contrato especial que se define en el mismo (15).

PARTICIPACIÓN DE SALUD: Se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud (16).

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud (4).

PROCEDIMIENTO: Es un método de ejecución o pasos a seguir, en forma secuenciada y sistemática, en la consecución de un fin (17).

PROCESO: Es una secuencia de tareas que se realizan de forma concatenada, es decir de forma seguida una detrás de la otra para alcanzar un objetivo o un fin concreto (18).Conjunto de actividades que están interrelacionadas y que pueden interactuar entre sí. Estas actividades transforman los elementos de entrada en resultados, para ello es esencial la asignación de recursos (19).

REGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (20).

REGIMEN SUBSIDIADO: Es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado (21).

RESPONSABILIDAD SOCIAL: Es el compromiso que tienen los individuos o como miembros de un grupo u organización en beneficio de la sociedad (22).

RIESGO: La probabilidad de que ocurra un evento o exposición peligroso y la severidad de lesión o enfermedad, que puede ser causado por el evento o la exposición (23).

SATISFACCIÓN: Puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario (24).

SERVICIO DE SALUD: Es la atención que se presta al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (4).

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA: conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la Ley 100 de 1993 (25).

SISTEMÁTICO: Que sigue o se ajusta a un sistema, conjunto ordenado de normas y procedimientos (26).

SOLIDARIDAD: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil (25).

UNIVERSALIDAD: Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida (25).

USUARIOS: Toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud (27).

VIGILANCIA EN SALUD: Es una función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica (28).

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AMEC:	Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud
ARL:	Administradoras de Riesgos Laborales
CRES:	Comisión de Regulación en Salud
DECS:	Descriptores en Ciencias de Salud
EAPB:	Empresas administradoras de Planes de beneficios
EPS:	Entidades Promotoras de Salud
ICONTEC:	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
IPS:	Instituciones Prestadoras de Servicios
IVC:	Inspección, Vigilancia y control
MCC:	Mejoramiento Continuo de la calidad
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
NTC:	Norma Técnica de Calidad
OMS:	Organización Mundial de Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
PAMEC:	Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención de salud
PBS:	Plan de Beneficio en Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPNA:	Población Pobre no Asegurada
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Colombia
SIC:	Sistema Información para la Calidad
SOGCS:	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud
SUA:	Sistema Único de Acreditación
SUH:	Sistema Único de habilitación
UPC:	Unidad Pago por Capitación

RESUMEN

La auditoría se constituye en un componente de relevante importancia dentro de las entidades prestadoras de salud, vista como una herramienta de gestión de calidad y gestión gerencial que facilita los procesos esenciales de control, mitigación y eliminación de riesgos, por medio de ella, se puede mejorar la calidad en la prestación de los servicios de manera significativa, generando un alto impacto desde el punto de vista social y económico en el sector salud, influyendo en los atributos de calidad de pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad. La presente monografía argumentativa, pretende analizar el alcance que tiene la auditoría en salud en el mejoramiento de la calidad en la atención, a través de una búsqueda sistemática de información relacionada, que permita evaluar su impacto. Se desarrolló por medio de revisión bibliográfica de literatura científica publicada en diversos buscadores durante los últimos 5 años y literatura gris sin discriminar rango de tiempo. Finalmente se puede concluir que la auditoría en salud permite identificar hallazgos que se traducen en oportunidades de mejora luego de su análisis; las acciones más comúnmente encaminadas a mejorar están relacionadas con la retroalimentación de los procesos, refuerzo de la auditoría, y constante actualización normativa y de herramientas que conlleven a mejorar la atención del paciente, perfeccionar las metodologías y garantizar la calidad.

PALABRAS CLAVE: Auditoría Clínica, Garantía de la Calidad de Atención de Salud, Mejoramiento de la Calidad y Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud

ABSTRACT

The audit constitutes a component of relevant importance within healthcare providers, seen as a quality management and managerial management tool that facilitates essential risk control, mitigation and elimination processes. Analyze the scope of the health audit, through a systematic search for related information, which allows evaluating its impact on improving the quality of care. It corresponds to the argumentative monograph modality, it was developed through the bibliographic review of scientific literature and gray literature corresponding to current regulations published in different scientific search engines during the last 5 years for scientific literature and without discrimination of time ranges for gray literature. The health audit makes it possible to identify findings that translate into opportunities for improvement after their analysis; The actions most commonly aimed at improving are related to feedback on processes, reinforcement of the audit, and constant updating of regulations and tools that lead to improving patient care, perfecting methodologies and guaranteeing quality.

KEYWORDS: Quality of Health Care, Quality Assurance, Health Care, Quality Improvement and Health Care Quality, Access, and Evaluation

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hablar de calidad de la atención en salud sería ilógico creer que se pueda ofrecer algo diferente a la excelencia, más cuando se compromete el estado integral del individuo, su capacidad funcional, su participación en la vida familiar, comunitaria y laboral. Se puede inferir, que en la atención en salud no debieran existir niveles graduales de competencias por parte de los prestadores de servicios de salud nada diferente a una óptima calidad en el servicio (29).

Los servicios de salud son un conjunto de diferentes componentes en un sistema que intervienen para ofrecer un resultado anhelado, comprometiendo desde su misma estructura, el conocimiento, habilidad, trato humanitario, trabajo en equipo, nivel científico la organización entre otros. La calidad de las organizaciones es el resultado de su planeación estratégica, estandarización de procesos, mejoramiento continuo y progresivo, control y auditoría en todos sus niveles (29).

La auditoría se constituye en un componente de relevante importancia dentro de las entidades prestadoras de salud, vista como una herramienta de gestión de calidad y gestión gerencial que facilita los procesos esenciales de control, mitigación y eliminación de riesgos, permite a las instituciones implementar las mejores prácticas que conlleven a impactar en el mejor desempeño del sistema y la atención en salud de la población (2). No se limita a una evaluación rígida que intenta buscar errores para señalar individuos, sino en la búsqueda de la calidad y la seguridad en los servicios de salud. En otras palabras, establecer la auditoría como pilar fundamental para dar respuesta a los interrogantes que surgen actualmente en el sector de la salud y que al estar basada en objetivos pertinentes podría no solamente mostrar las causas de los problemas, sino que también facilitaría la evaluación continua de los procesos (30).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud ha evolucionado a través de los años y su transición ha impactado los servicios de salud a nivel nacional e internacional, generando de esta manera interés de los actores en temas relacionados con calidad de la salud. El estado Colombiano, con miras a dar cumplimiento a lo dispuesto por la constitución política colombiana y en respuesta a las necesidades de los usuarios, introdujo dentro del sistema, la normatividad que deben cumplir todas las entidades creadas para la prestación de dichos servicios la cual se encuentra en el Decreto 1011 de 2006 por el cual se

establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) en la atención en salud, que promueve el funcionamiento de las organizaciones e implementa un esquema de mejoramiento continuo que garantiza la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad en un marco de responsabilidad social y alto contenido ético (31).

No tener conocimiento de la auditoria y su implementación en las instituciones de salud implica consecuencias en los procesos misionales y administrativos; en primera instancia el incumplimiento de la normatividad vigente establecida por los entes competentes, seguido de una atención deficiente y finalmente el compromiso vital de la población. Por otra parte, se incrementan los costos de la no calidad, los eventos adversos, insuficiente información para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo.

Teniendo en cuenta lo previamente descrito, se hace indispensable realizar una revisión bibliográfica sistemática en donde se pueda determinar el origen, evolución y el impacto de la auditoría y sus diferentes modelos a nivel mundial, latinoamericano y nacional en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sus ventajas e implicaciones.

1.2. JUSTIFICACIÓN

La implementación de un sistema de gestión de calidad trae grandes cambios en diferentes ámbitos de la organización, tales como culturales, administrativos y asistenciales; fortaleciendo los diferentes procesos, permitiendo el logro de una ventaja competitiva en el sector, y el principal objetivo la atención segura y la resolutividad en salud (32).

La auditoría puede mejorar de manera significativa la calidad del servicio de salud, por medio de ella se pueden identificar las áreas críticas y proponer soluciones que favorezcan tanto al profesional como a los pacientes, así mismo, permite mejorar la calidad de la atención y de la práctica, reduciendo al mínimo la incidencia de errores, evolucionando de forma simultánea con las necesidades que ha tenido la humanidad al igual que las profesiones que se ocupan de su estudio y su constante actualización normativa (33).

Lo anterior, reafirma que la auditoría en salud tiene funciones desde diferentes áreas en las instituciones, convirtiéndose en una herramienta facilitadora de evaluación y control de procesos que mejora la prestación del servicio, minimizando los errores, enfatizando en la seguridad del paciente e incentivando al personal médico para la implementación de protocolos y guías. Estas características

permiten que la auditoria en salud se convierta en una especialidad holística que posibilite la investigación de casos para el perfeccionamiento de la atención médica (34).

El mejoramiento de la atención en salud en Colombia, trae un alto impacto desde el punto de vista social y económico en el sector de salud, mejorando los atributos de calidad de pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad. El presente trabajo ofrece una amplia visión de la importancia, en el desarrollo de la auditoria tanto para profesionales de salud como para la alta dirección en el alcance de los objetivos y plan de acción establecido por las instituciones. Describir el alcance de la auditoria en salud en Colombia basados en estudios documentados promueve el conocimiento, la investigación en el campo, su implementación e interés pertinente.

2. REFERENTE TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Sistema General de Seguridad Social en Colombia

La Constitución de 1991 estableció un concepto de seguridad social que posteriormente, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se redefinió como Sistema de Seguridad Social Integral, orientado a conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado que propicie la libre competencia y la libre elección en la prestación del servicio de salud en el país (35).

Es así, como se da paso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que abarca entre sus actores a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), en el marco de un sistema dividido en diferentes regímenes: subsidiado, contributivo, población pobre no asegurada (PPNA) y régimen especial (36).

En Colombia, el SGSSS se rige por seis grandes principios que se plasman de manera textual en la Ley 100 de 1993, siendo estos los ejes sobre los cuales se formulan las políticas y programas que se ejecutan en atención a la prestación del servicio por parte de los distintos actores, no obstante de los seis a saber; eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; de ellos tres se encuentran elevados a rango constitucional, siendo estos los de; universalidad, solidaridad y eficiencia (37).

La nueva estructura adoptada en Colombia cubre a toda la población en un mismo esquema sin discriminación por estatus laboral, introduce mecanismos de solidaridad en el financiamiento y habilita la competencia al darle al ciudadano la libertad de elegir su EPS. Este cambio trajo grandes retos institucionales dentro de los que se destacan el cambio organizacional de los hospitales y aseguradores públicos para operar en un entorno de competencia, la necesidad desarrollar una mayor capacidad regulatoria de supervisión por parte del Estado (38).

El planteamiento esencial de la reforma, construida sobre un esquema de participación público-privada en el que la obligatoriedad de la afiliación al SGSSS se suma a los principios de solidaridad de los mecanismos de cotización, financiamiento y prestación (regímenes de afiliación, definición de la unidad de pago por capitación y del paquete obligatorio de servicios), parecería sentar las bases

para alcanzar la universalización de la seguridad social. La existencia de un plan de beneficios explícito como el Plan Obligatorio de Salud (POS) hoy llamado Plan de Beneficios en Salud (PBS), que materializa el derecho a la salud en una oferta de servicios concreta y exigible, se considera una innovación en el contexto regional. La rectoría del Estado a través de organismos como la antigua Comisión de Regulación en Salud (CRES) hoy por hoy estas funciones fueron delegadas al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), junto con la creciente participación del sector privado dentro de un mercado cada vez más competitivo tanto del aseguramiento como de la prestación de los servicios, se plantearon como cimientos de la eficiencia y la calidad en el sistema de salud (38).

A partir de 2007 el SGSSS nuevamente es objeto de modificaciones legales tanto en la estructura institucional como en definiciones de aspectos tan concretos como el contenido del POS, los montos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la comisión de regulación y la integración vertical ente EPS e IPS, así como en establecimiento de nuevas fuentes de recursos para lograr la universalidad e igualar los planes de beneficios entre regímenes (38).

2.1.2. Sistema Obligatorio de Garantía de la 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. Tiene como objetivo proveer 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 (39).

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGC deberá cumplir con las siguientes características (40):

- **Pertinencia:** es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales (40).
- **Accesibilidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS (40).
- **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 (40).

- **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 (40).
- **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (40).

2.1.3. Componentes del SOGCS

- Sistema Único de Habilitación (SUH): la habilitación de IPS y las EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud (41).
- Sistema Único de Acreditación (SUA): la acreditación en salud es el conjunto de actividades destinadas a demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS y EPS, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (41).
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (AMEC): identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el SUH. Los procesos de auditoría son obligatorios para las IPS, EPS, entidades adaptadas y las empresas de Medicina Prepagada (MP), al igual que para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras. (41).
- Sistema de Información para la Calidad (SIC): permite estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de las IPS, EPS, MP, Entidades Adaptadas con el objeto de tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el SGSSS (41).

2.1.4. Auditoría en salud

2.1.4.1. Auditoría de la calidad en salud

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en SOGCS, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el SUH que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora en la atención (2). En Colombia, se ha ido incorporando la auditoria como un mecanismo de medición de la calidad observada con respecto de la calidad esperada con el objetivo de mejorar progresivamente los procesos inmersos en la atención en salud (42).

La calidad en los servicios de salud, es considerada como la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, calidad sentida en los servicios de salud, es decir, la que está dada en la subjetividad de los usuarios y debe ser expresada por ellos (43). Se dice que hay calidad en la prestación de los servicios de salud, cuando los atributos contenidos en dicha prestación, hacen que la misma sea oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (25).

Avedis Donabedian define la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención", hace referencia a tres categorías dentro del control de calidad: estructura, proceso y resultados (44).

2.1.4.2. Propósito de la auditoría

En Colombia la auditoria en salud ha tomado mucha importancia no solo por ser obligatoria según la legislación existente para la habilitación y posterior acreditación de las entidades de salud que así lo deseen en el sector privado y siendo de carácter obligatorio en el sector público, sino por la utilidad que significa para los gerentes de las instituciones, pues, permite la realización de un diagnóstico de las condiciones actuales de la entidad en todos los aspectos de la misma, como son: capacidad tecnológica y científica, capacidad técnico administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y ; con lo cual se debe iniciar un proceso de mejoramiento continuo que le permita a la entidad ser competitiva (42).

El concepto de auditoría debe reformularse y adaptarse a las necesidades cambiantes de las entidades de salud y los nuevos retos a los que se enfrentan cada día; este no se debe limitar a aspectos particulares, sino universales y reconocer que, al crecer el campo de acción, las problemáticas son cada vez más complejas y necesitan de un manejo multidisciplinario para dar solución. El papel del auditor frente a la gestión del conocimiento debe considerar la totalidad de la información, para relacionarla de modo sinérgico y que el resultado que produzca sea el de mejoramiento, transformación, evolución y/o crecimiento de la entidad; todo enmarcado en la entrega de servicios de calidad que permitan que la institución sea competitiva frente a entidades con igual objeto social (45).

2.2. MARCO LEGAL

2.2.1. Ley 1438 de 2011 de la Presidencia de la Republica

En desarrollo del principio de calidad del SGSSS y en el marco del SOGCS, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados (46).

Dicho plan contendrá como mínimo la consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a EAPB y a Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud, el establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las IPS, EAPB y direcciones territoriales de salud, y el fortalecimiento del SIC, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y EAPB, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección (46).

2.2.2. Decreto 1011 del 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social

Por medio de este decreto se establece el SOGCS, del SGSSS, aplicable a los Prestadores de Servicios de Salud, EPS, las Entidades Adaptadas, las Empresas de MP y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud e igualmente a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en

cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001 (4).

El Decreto señala las características y componentes del sistema, las entidades responsables del funcionamiento, SUH y habilitación de prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (PAMEC), SUA, SIC, Inspección, Vigilancia y Control del SUH, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Inspección, vigilancia y control del SUA, y del SIC y medidas de seguridad y sanciones (4).

2.2.3. Decreto 4295 de 2007 de la Presidencia de la Republica

Fija como Norma Técnica de Calidad (NTC) para las IPS y las EAPB, la adoptada por el SOGCS y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen (47).

2.2.4. Decreto 903 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social

Tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al SUA, entendido como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las IPS, a las EPS, ARL y las IPS que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación aquí previsto, los cuales deben 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 (IVC) de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) (48).

2.2.5. Decreto 256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

Por el cual se dicta las disposiciones del SIC y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Con el SIC se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del SGSSS que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos para garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores, mejorando los resultados de la atención centrados en el usuario (49).

2.2.6. Decreto único reglamentario 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá como objetivo, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, promoción social en salud, así como, participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos laborales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. Se encargará de coordinar, regular y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y su alcance (50).

2.2.7. Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social

Se dictan disposiciones y lineamientos generales que permitan la operatividad del SUA en Salud como componente del SOGCS. Se establecen los ejes trazadores en el SUA (51):

- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.
- Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es 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 a la salud y el bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Gestión de la tecnología, cuya meta es 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, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a 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 (51).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el alcance de la auditoría en salud, a través de una búsqueda sistemática de información relacionada, que permita evaluar su impacto en el mejoramiento de la calidad en la atención.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el origen y evolución de la auditoría de la calidad en salud a nivel mundial, latinoamericano y en Colombia a través de la revisión bibliográfica, que permita conocer puntos de referencia.
- Determinar indicadores de desempeño de auditoria a nivel mundial y nacional que permitan identificar el comportamiento de estos en nuestro contexto.
- Identificar el impacto de auditoría en salud a través de la revisión de estudios que demuestren la influencia en el mejoramiento continuo de la atención en los servicios de salud.
- Generar recomendaciones orientadas a la implementación de la auditoria en salud con base en los hallazgos de las revisiones bibliográficas encontradas para el mejoramiento de la atención.

4. METODOLOGÍA

El proyecto planteado corresponde a la modalidad monografía argumentativa, se desarrolló por medio de la revisión bibliográfica de literatura científica y literatura gris correspondiente a normativa vigente publicados en diferentes buscadores científicos (Google Académico, Pubmed, LILACS, Scielo, Dialnet, entre otros), publicaciones en el diario oficial de Colombia, y páginas web institucionales tales como MSPS; Organización Panamericana de salud (OPS) y organización mundial de la Salud (OMS) durante los últimos 5 años para literatura científica y sin discriminación de rangos de tiempo para literatura gris y normativa, con el fin de consolidar el alcance que ha tenido la auditoria en el mejoramiento de la atención en salud.

4.1. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS DE BÚSQUEDA

En primera instancia, se definieron los descriptores en ciencias de salud (DECS) que serían utilizados en el proyecto, identificando el término “Auditoria”: “Calidad de la atención de salud”, definida como: “niveles basados en normas de calidad que caracterizan a los servicios o cuidados de salud proporcionados”. Posteriormente, se realizó el mismo procedimiento con la palabra calidad: “Garantía de la Calidad de Atención de Salud” definida como: “Actividades y programas encargados de asegurar la calidad de la atención en un acto o programa médico definido”. Así mismo, se procedió con la palabra mejoramiento “Mejoramiento de la Calidad” definido como: “El logro o el proceso de alcanzar un nuevo nivel de rendimiento o calidad”. Finalmente, dentro de los términos DECS se decidió incluir la palabra salud: “Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud”.

Criterios de inclusión:

- Guías nacionales e internacionales relacionadas con la auditoria para el mejoramiento de la atención en salud
- Estudios observacionales (estudios transversales, estudios de encuesta y de cohorte), ensayos clínicos, estudios sistemáticos, acerca del alcance de la auditoría en el mejoramiento continuo de los servicios de salud
- Artículos de literatura científica y literatura gris, publicados en Google Académico, PUBMED, LILACS, SCIELO, DIALNET, publicaciones en el diario oficial de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social,

Organización Panamericana de salud (OPS) y organización mundial de la Salud (OMS)
- Documentos en español e inglés publicados desde el año 2015 al 2020

Criterios de exclusión:

- Documentos que no se encuentren disponible en texto completo
- Documentos cuyos resultados no sean estadísticamente significativos
- Documentos con declaración de conflictos de intereses

4.2. TÉCNICAS DE BÚSQUEDA

Al obtener los términos DECS y su significado en inglés, se procedió a realizar la búsqueda de la literatura científica en español e inglés, en la base de datos de pubmed, colocando los términos Quality of Health Care (auditoria), Quality Assurance, Health Care (calidad), Quality Improvement (mejoramiento) y Health Care Quality, Access, and Evaluation (salud), obteniendo 7.177.179, 336.108, 27.844, 7.734.697 resultados respectivamente. Concomitantemente se aplicaron los siguientes filtros: revisión sistemática, meta-análisis, ensayo clínico en un rango de 5 años, los resultados obtenidos respectivamente fueron: 162.098, 2.740, 780 y 166.382 artículos.

Continuando con el proceso de la literatura y con el objetivo de obtener mayor sensibilidad en la búsqueda de la misma, se unieron los términos auditoria-calidad, auditoria-mejoramiento y auditoria-salud mediante el conector “AND”, obteniendo como resultado 295.017, 27.844 y 7.170.887 artículos respectivamente. Igualmente, se realizaron los respectivos filtros bajo los mismos criterios para buscar las palabras claves, con resultados a 5 años de: 2.709, 780 y 161.961 artículos. Finalmente, se realizó el mismo proceso, pero con el conector “OR” para la unión de palabras claves entre auditoria-calidad, auditoria-mejoramiento y auditoria-salud en inglés sugeridos por los términos DECS, obteniendo como resultado sin filtros 7.218.270, 7.177.179 y 7,740,989 artículos y con filtros los resultados a 5 años fueron de: 162.129, 162.098 y 166,519 artículo

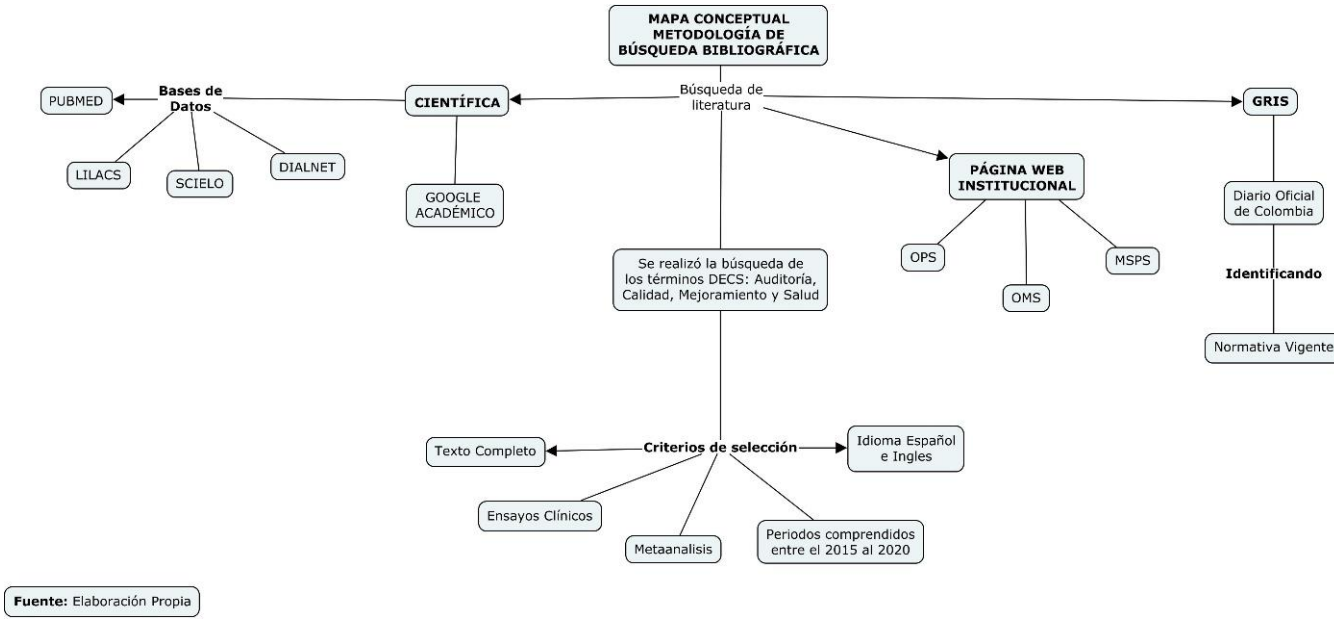
Posteriormente, se realizó un cambio en la definición Auditoria “Auditoría clínica” definida como: "Una revisión y evaluación detalladas de fichas clínicas seleccionadas por personal profesional calificado para mejorar la calidad y

resultados del cuidado del paciente” y el término DECS “Calidad de la atención en salud” fue ubicado en la búsqueda de la palabra clave calidad.

Con la definición “Auditoría clínica” se realizó nuevamente la búsqueda de literatura científica en español e inglés, en la base de datos de Pubmed, colocando el término Clinical Audit (Auditoría clínica), sin aplicar ningún tipo de filtro se obtuvieron 22.531 resultados, aplicando filtros de revisión sistemática, meta análisis, ensayo clínico y rango de 5 años se obtuvieron 76 resultados.

Se realizó búsqueda de los cuatro descriptores unidos con el conector AND ("Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) AND "Clinical Audit"[Mesh]) AND "Quality Improvement"[Mesh]) AND "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) se reportaron 562 resultados; al aplicar los filtros anteriormente mencionados y con un rango de tiempo de 5 años comprendidos entre 2015 y 2020 se obtuvieron 22 22 artículos con temas relacionados a la búsqueda, a los cuales se les aplicó el instrumento anexo de priorización construido en base a herramientas CASPE, PRISMA Y CONSORT.

Ilustración 1. **Mapa conceptual metodología de búsqueda bibliográfica**



Fuente: Elaboración propia

4.3. PROCESO DE ORDENAMIENTO Y SELECCIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

La literatura fue seleccionada por temática, para luego realizar una revisión exhaustiva a cargo de cada investigador, apuntando a resolver el objeto de estudio y delimitación del tema. Los datos obtenidos fueron evaluados y ordenados, para obtener información relevante para la toma de decisiones e implementación por parte del usuario o lector, incluyendo artículos tipo meta-análisis, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

4.4. CRITERIOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

Entre los criterios de elección para seleccionar los artículos, se evaluaron los siguientes ítems: Título, país, idioma, autores, resumen, justificación, objetivos, métodos, protocolo y registro, fuentes de información, búsqueda, selección de los estudios, procesos de extracción de datos, riesgo de sesgo entre los estudios, resultados, análisis, limitaciones, conclusiones y financiación

4.5. PLAN DE EVALUACIÓN, ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS E INTERPRETACIÓN DEL MATERIAL

Se realizó la búsqueda de artículos en base de datos, tomando en cuenta los términos DeCS, MeSH y sus combinaciones para obtener un universo de archivos que fueron seleccionados con base en los criterios de inclusión y finalmente depurados para su registro y categorización.

Para el análisis se realizó la lectura de los artículos elegidos en sus textos completos, se consolido la información y se extrajo la misma relacionada con los objetivos del estudio a través de un instrumento construido en base a las herramientas Caspe, Prisma y Consort, las cuales son utilizadas desde el punto de vista investigativo para la medición de criterios a tener en cuenta a la hora de seleccionar artículos de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, meta-análisis y comprobación de artículos para alcanzar estándares de calidad, ética, rigor científico y disminuir los sesgos.

Posteriormente se hizo la recopilación de la información en el instrumento y el consiguiente análisis cualitativo del alcance de la auditoría en el mejoramiento de la atención en salud de acuerdo con los objetivos planteados. Finalmente, se consolidó

la información, se incluyó el análisis, la postura de los autores, se generaron conclusiones y recomendaciones.

4.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DEL MATERIAL

Para la organización de la información se tuvo en cuenta la siguiente secuencia: recolección de datos, preparación de los datos, introducción de datos, análisis e interpretación de datos y diseño de conclusiones. Inicialmente, se realizó una búsqueda sistemática en PUBMED, encontrando 22 artículos con la unión de los términos DECS mediante el conector AND, para mejorar la sensibilidad de la búsqueda, a los cuales se les aplico el "instrumento para revisión de artículos bibliográficos" construido por los investigadores, evidenciando que 6 no se encontraban en texto completo, 7 no se relacionaban con el tema de la monografía y 8 cumplían los criterios de inclusión. Se procedió a realizar la extracción de la información y su respectivo análisis. Se continuó con la generación de resultados dando respuesta a cada uno de los objetivos propuestos. Posteriormente se realizó conclusiones y recomendaciones.

4.7. PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

La presente monografía contribuye en determinar el alcance de la auditoría en salud en Colombia, como una herramienta que generara nuevas estrategias para el mejoramiento de la atención en pro de la comunidad. El proyecto se realizó con el objetivo de dar cumplimiento a los requisitos de graduación propuestos por la UNAB y CES.

Se hará inicialmente la divulgación de los resultados a la biblioteca de las universidades CES y UNAB como requisito de grado; posteriormente a manera de propósito personal, se postulará a futuro en una revista científica indexada del país, con el fin de dar a conocer los resultados obtenidos en la misma y que éstos sean de utilidad para gerentes, auditores en formación, auditores en salud y todo personal cuyo interés propenda por la calidad en salud.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta monografía se clasifica según los lineamientos de la Resolución 8430 del 04 de octubre de 1993 en su artículo 11 como un proyecto sin riesgo, teniendo en cuenta que se utilizarán técnicas y métodos de recolección de información a través de revisiones bibliográficas y no se realiza ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

6. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

6.1. CRONOGRAMA

UNIVERSIDAD CES Un Compromiso con la Excelencia	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO CRONOGRAMA											
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES	**12 MESES**											
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	**MESES**											
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Elaboración del proyecto	X	X	X	X								
Presentación al COI				X								
Correcciones del asesor					X	X	X					
Recolección de la información						X	X	X				
Construcción de los resultados							X	X	X			
Socializar									X			
Evaluar										X		
Presentación de informe final											X	
Presentación a la biblioteca y aprobaciones												X

6.2. PRESUPUESTO

UNIVERSIDAD CES Un Compromiso con la Excelencia	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN INNOVACION ANEXO 3. FORMATO CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO VERSIÓN 2.0 febrero 2016

PRESUPUESTO DETALLADO

PERSONAL						**RECURSOS PROPIOS**				**UNIVERSIDAD CES**	
Cédula del	**Nombre del participante**	**Nivel máximo de formación**	**Rol en el proyecto**	**Tipo de participante**	**Horas mensuales dedicadas al proyecto**	**N° de meses**	**Valor / Hora**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**
6349 8213	CLAUDIA PATRICIA ARIZA	Especialización	Investigador	Estudiante	48	12	$60000	$2.880.000	Computador, Papelería, Servicios	$0	$
1098 6570	LAURA MARCELA GOMEZ DIAZ	Pregrado	Investigador	Estudiante	48	12	$60.000	$2.880.000	Computador, Papelería, Servicios	$0	$
1098 7712	JUAN PABLO GUALDRÓN MONCADA	Especialización	Investigador	Estudiante	48	12	$60.000	$2.880.000	Computador, Papelería, Servicios	$0	$
4361 8620	YANETH JAIMES FUENTES	Maestría	Investigador	Estudiante	48	12	$60.000	$2.880.000	Computador, Papelería, Servicios	$0	$

Asesor	ELIZABETH CRISTINA GAVIRIA GAVIRIA	Maestría	Asesor	Asesora	8	8	$60.000	$480.000	Computador, Papelería, Servicios	$0	$343.137

VIAJES				**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN**			**RECURSOS PROPIOS**		**UNIVERSIDAD CES**	
Lugar de origen	**Lugar de destino**	**N° de días**	**N° de personas**	**Valor pasaje por persona**	**Valor estadía por persona**	**Justificación**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

MATERIALES E INSUMOS				**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN**	**RECURSOS PROPIOS**		**UNIVERSIDAD CES**	
Descripción	**Cantidad**	**Valor unitario**	**Justificación**	**Dinero**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**
Resma de hojas	1	$ 15.000	Para impresión de artículos	$ 15.000	$15.000	Fisico	No aplica	No aplica
Lapiceros	5	$ 10.000	Para toma de apuntes	$ 10.000	$ 10.000	Fisico	No aplica	No aplica

SERVICIOS TÉCNICOS				**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN**	**RECURSOS PROPIOS**		**UNIVERSIDAD CES**	
Descripción	**Cantidad**	**Valor unitario**	**Justificación**	**Dinero**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**
Luz-Internet	5	$500.000	Trabajo de 48 horas mensuales por el año	$6.000.000	$6.000.000	Fisico	No aplica	No aplica

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN**	**RECURSOS PROPIOS**		**UNIVERSIDAD CES**	
Descripción	**Cantidad**	**Valor unitario**	**Justificación**	**Dinero**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

EQUIPOS Y SOFTWARE				**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN**	**RECURSOS PROPIOS**		**UNIVERSIDAD CES**	
Descripción	**Cantidad**	**Valor unitario**	**Justificación**	**Dinero**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**
No aplica	5	$100.000	Elementos ofimáticos para realización del proyecto	$100.000	$100.000	Físico	No aplica	No aplica

SALIDAS DE CAMPO				**DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN**	**RECURSOS PROPIOS**		**ENTIDAD 3**	
Descripción	**Cantidad**	**Valor unitario**	**Justificación**	**Dinero**	**Dinero**	**Especie**	**Dinero**	**Especie**

No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

7. RESULTADOS

7.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DE LA AUDITORIA

La auditoría fue utilizada por los gobernantes en tiempos remotos con el objeto de controlar la economía y evitar desfalcos. Posteriormente, con el desarrollo del comercio se aumentaron los controles sobre las actividades económicas en las empresas. La primera vez que la auditoria fue reconocida como profesión fue en 1862 bajo la ley Británica de Sociedades Anónimas y el reconocimiento general tuvo lugar durante el periodo de mandato de ley “Un sistema metódico y normalizado de contabilidad era deseable para una adecuada información y para la prevención del fraude” (42). Hacia 1900 la profesión de la auditoria se introdujo en los Estados Unidos. En ese entonces, el objetivo primordial de la enseñanza de la auditoria consistía en la detección, prevención del fraude y de errores en el manejo financiero de las empresas; más adelante, se cambia el objetivo, dando mayor importancia a la condición financiera de las empresas (42).

La auditoría interna y de gobierno se desarrolla paralelamente al crecimiento de la auditoría independiente, por consiguiente, entro a formar parte del campo de la misma. Dado que los Auditores independientes advirtieron la importancia de un buen sistema de control interno y su relación con el alcance de las pruebas a efectuar en una auditora independiente, se vio la necesidad del crecimiento de los departamentos de auditoria dentro de las organizaciones, esta se encargarían del desarrollo y mantenimiento de unos buenos procedimientos del control interno, independientemente del departamento de contabilidad general. Posteriormente se adoptaron las actividades del departamento de auditoría interna con enfoque diferente del contable. En 1921 el Congreso de los Estados Unidos reconoce oficialmente la auditoria gubernamental estableciendo la Oficina general de Contabilidad (42).

Los inicios de la Auditoria enfocada hacia la Salud, data a lejanas épocas de la civilización sumeria. En la edad antigua, en Egipto y la India, existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias. En Babilonia (XVIII a.C.) existía el Código de Hammurabi, que imponía severos castigos para los malos

resultados de una terapéutica u operación. Incluso se encontraban elementos de la auditoria en el Juramento Hipocrático (IV a.C.) (52).

La auditoría nace con la misma profesión médica, debido a la necesidad de evaluar y mejorar cada vez los procedimientos y técnicas establecidas para dar solución a los problemas de salud del ser humano, se dice que la auditoría médica tiene dos orígenes, uno de estos es el método científico que permitía a los profesionales determinar la calidad de los medicamentos, técnicas y procedimientos realizados y, el modelo de la actividad industrial, como Gestión de la Calidad Total o el Mejoramiento continuo de la Calidad, los cuales permitían mejorar cada vez la administración de las instituciones de salud. En Norte América comenzaron a utilizar estos modelos en los años ochenta y continúan en desarrollo (42).

En cuanto a Calidad, la información que se tiene data a mediados del siglo XIX, con la puesta en marcha controles de calidad en la atención anestésica en Gran Bretaña (42). Se tienen datos importantes sobre el origen de la auditoria en salud a nivel mundial: La historia de la auditoría médica se remonta a 1910, cuando aparece el informe Flexner “Cirugías, verdaderas trampas mortales”, sobre la enseñanza de la Medicina en las universidades en USA, criticando severamente el sistema existente, y que concluyó en la no-acreditación de 47 facultades de Medicina (42).

En 1912 el Colegio Americano de Cirujanos dicta las Normas para la acreditación hospitalaria. A partir de los años 50 del pasado siglo se perfecciona aún más la necesidad de auditar la atención médica, surge en Japón el concepto de calidad total y se realiza un estudio piloto en 15 hospitales americanos, institucionalizándose el procedimiento, venciendo el temor y la suspicacia de considerar a la auditoría como un instrumento de control y punición (42).

7.1.1. Auditoría en Latinoamérica

En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud. En los años 60, en Argentina la expansión de Obras Sociales genera la necesidad de controlar la Calidad de la atención médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación. En 1965 en España se inicia la acreditación de hospitales. En 1974, Se realiza el encuentro de Auditoria Medica con la Participación de la escuela de salud pública de la UBA (UNIVERSIDAD DE Buenos Aires), El centro Latinoamericano de Administración Medica, la sociedad Argentina de Auditoria Medica, entre otras entidades participantes (52).

En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de garantía de la calidad. En 1985 se crea la sociedad internacional de garantía de Calidad de la Atención Médica. En 1990, se implementa la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. En el año 1992, se crea el modelo de Manual de Acreditación Hospitalaria, por la Federación Latinoamericana de Hospitales y la Organización Panamericana de la Salud (52).

7.1.2. Auditoría en Colombia

Entre los años 1983 y 1987 el Instituto de Seguros Sociales, inicia con la creación de marcos teóricos sobre Calidad en los servicios de salud. En los artículos 209 y 269 de la Constitución de 1991 se estableció como deber del estado el diseño y aplicación de métodos y procedimientos de control, para su control asigna a la Contraloría General de la Nación la cual tendría a su cargo la evaluación de la calidad y eficiencia de los métodos y procedimientos de control. Las auditorías internas en el sector público se implementan y consolidan a partir de la Ley 87 de 1993, tomando como modelo lo desarrollado en el sector privado, adoptando también el control interno junto con otras herramientas gerenciales (42).

Es a partir de la Ley 100 de 1993 que se inicia el proceso de mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud cuando la auditoria empieza a tener importancia en la verificación del cumplimiento de los estándares de calidad se establece la Calidad como fundamento del servicio público y se determina que "El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y practicas profesional (25).

Es así, que el Gobierno inicia la construcción hacia un sistema de Garantía de la Calidad, a través de la Resolución 4445 de 1996, se dictan normas para el cumplimiento del título IV de la Ley 9 de 1979 para el cumplimiento de las normas sanitarias de los establecimientos hospitalarios y similares. A través del Decreto reglamentario 2174 de 1996, que organizó el sistema de Garantía de Calidad y se ordenó la implantación en la entidades de salud del país, en el cual se establecieron los requisitos mínimos esenciales, como definición de las condiciones mínimas para permitir el funcionamiento de un prestador; la acreditación, la cual busca mejoramiento de instituciones; auditoria, encargada del seguimiento o monitoreo permanente de la prestación de servicios y el sistema de información de la calidad, encargada de reportar periódicamente todo lo relacionado con la prestación de los

servicios, de tal forma que estos pudieran elegir entre las EPS y entidades que se asimilen y su red (42).

En ese entonces no se habían definido las técnicas para realizar lo auditorias, debido a esto el Ministerio de Protección Social autorizó aplicar las técnicas de auditoria de aceptación común y los documentos de trabajo generados durante la auditoria, formaban parte de los informes de calidad. A través de los Decretos 2753 de 1997, Resolución 4252 de 1997, entre otras; se continuo con la definición de los requisitos mínimos que garantizaran la adecuada prestación de servicios de salud. Con la Resolución 1439 de 2002, se adoptaron los formatos de inscripción y novedades para el Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud, Manuales de estándares y procedimientos, se establecieron las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de los prestadores de servicios de salud. Con las Resoluciones 486 y 1894, Decreto 2309 de 2002, la Resolución 14574 de 2002 se impartieron directrices sobre acreditación (42).

Posteriormente el Decreto 1011 de 2006 hoy contenido en el decreto único 780 de 2016 estipula en su capítulo IV todos los elementos importantes de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud; determina la obligatoriedad de los procesos de auditoría para las Entidades Departamentales, municipales y distritales de salud, las IPS, las EAPB quienes deben cumplir o estar superiores a las condiciones establecidas; además se constituyen niveles de auditoría como son (4):

- Autocontrol: donde cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización (4).
- Auditoría interna: como una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna (4).
- Auditoría externa: que permite 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 auditoria de segundo orden (4).

A fin de implementar lo dispuesto en el decreto 1011 del 2006, se establece la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por la cual se fijan las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitarse e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones(53).

Otra aplicación de la auditoria en Colombia se lleva a cabo en los procesos de acreditación en las instituciones de salud, así se evidencia en el Decreto 903 de 2014 que dicta disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud y la Resolución 2082 de 2014(51), por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud comprendido como la evaluación específica para el sector, verifica el cumplimiento de estándares de proceso y de resultado de la atención en salud; esta se basa en el cumplimiento de estándares de procesos científicos, administrativos y gerenciales de la atención en salud, enfocados en el usuario y su familia, por parte de las instituciones de salud (IPS y EPS), los cuales se diseñaron teniendo en cuenta el contexto nacional e internacional y aplican a las instituciones como un conjunto integral (48).

La auditoría es sin duda alguna una de las mejores medidas para darle cumplimiento a estándares de calidad establecidos no solamente a nivel institucional, sino además de ello gubernamental, teniendo un alto impacto en poblaciones nacionales como internacionales mediante la prestación eficaz de los servicios de salud, con una adecuada optimización de los recursos, pero al mismo tiempo con cumplimiento del objetivo que se desea, siendo en este caso en particular, el manejo de la patología de forma holística. Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, podemos identificar que mediante modelos de auditoría de calidad tanto interna como externa se puede dar cumplimiento a los estándares y consigo cumpliendo las expectativas de los usuarios (54).

Los modelos de auditoría han tenido un desarrollo interesante con el transcurrir de la historia, pues a medida que se han venido presentando inconvenientes en la práctica, en el actuar del personal de salud, se ha ido estableciendo nueva normativa que reglamenta estos vacíos legales tanto a nivel nacional como internacional.

En el campo de la auditoría se han desarrollado diferentes modelos según los requerimientos encaminados a mejorar la calidad en la atención en salud, entre ellos la auditoría clínica como herramienta de mejora que promueve la calidad de la atención en la práctica diaria y mejora los resultados a través de la revisión sistemática de la prestación de la atención, la implementación de cambios y el registro y gestión de los factores de riesgo; así lo mencionan Min Zhao, et al en su

estudio “Aseguramiento de la calidad y la necesidad de evaluar las intervenciones y los resultados del programa de auditoría”.

La prestación de servicios de salud debe ser segura, eficaz, oportuna, eficiente y equitativa para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud que se brindan a los pacientes. Esto requiere que los profesionales y proveedores de salud se adhieran a estándares estructurados de atención, monitoreen el desempeño de la atención médica de rutina y reduzcan las desigualdades en el manejo de los pacientes (55).

Una auditoría clínica se define como un ciclo de mejora de la calidad que implica la medición de la efectividad de la atención médica en comparación con estándares acordados y probados para una atención de alta calidad, y sus respectivas acciones correctivas, para alinear la práctica con estos estándares a fin de mejorar la calidad de la atención y la salud implica (55):

- Preparación y planificación de auditorías;
- Implementación para medir la calidad de la atención;
- Implementación de cambios de acuerdo con las guías de mejores prácticas;
- Volver a auditar para mantener la mejora de la calidad.

La calidad de la atención se puede cuantificar y medir en función de directrices clínicas establecidas para evaluar tanto los resultados de salud como el desempeño de los proveedores de atención médica. Sin embargo, la disponibilidad de guías no garantiza necesariamente un alto nivel de atención clínica. Un número significativo de pacientes no recibe una atención basada en la evidencia como se sugiere para sus condiciones de salud en términos de manejo de los factores de riesgo y a nivel mundial la calidad de la atención al paciente sigue siendo deficiente. Por lo tanto, uno de los componentes clave en los entornos de atención médica actuales debe ser la implementación y evaluación de la atención estandarizada y la evaluación de los resultados de salud para garantizar que se brinde atención de alta calidad a los pacientes en la práctica diaria (55).

7.2. INDICADORES DE DESEMPEÑO

Los indicadores de desempeño tienen su origen en los atributos de calidad, conocidos como los “PACOS”, identificados previamente como pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad. Los indicadores es la manera

más cercana que tenemos para medir de forma cuantitativa o cualitativa la calidad, mediante herramientas que permitan evaluar variables que se desean mejorar a nivel institucional, en pro de prestar un mejor servicio. Se entiende como herramienta a todo formato de evaluación que se diseña para un tipo de auditoría en específico, diferenciándolo de instrumento, definido como características generales que se encuentran estandarizadas. Por lo anterior, podemos decir que los indicadores son utilizados a nivel institucional para generar herramientas con el objetivo de cuantificar la calidad en sus diferentes componentes, y a su vez se pueden convertir en un instrumento si lo validamos a nivel internacional, conceptos que son importantes tenerlos claros pues son términos que se tienen a confundir.

Los indicadores se caracterizan por ser pertinentes se refieren a los procesos y servicios esenciales que desarrolla cada institución, independientes no condicionado a factores externos, tales como la situación general del país o la actividad conexa de terceros (públicos o privados), la obtención de la información para la elaboración del indicador debe ser a costo razonable, confiable independiente de quien realice la medición, de fácil comprensión, libre de complejidades es decir guardar simplicidad, oportunos dependiendo del tipo de indicador y de la necesidad de su medición y difusión, único y no repetitivo, focalizado en áreas susceptibles de corregir en el desempeño, disponibles los datos básicos para su construcción deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo, identificar los distintos cambios de las variables a través del tiempo por su sensibilidad, finalmente su elaboración debe involucrar en el proceso a todos los actores relevantes, con el fin de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con los objetivos e indicadores resultantes (56).

Diferentes estudios señalan la importancia de los indicadores de calidad en la medición y análisis de la información para el mejoramiento continuo; entre ellos los autores Caoimhe Madden et al, en su artículo “Valor potencial de la revisión de registros de pacientes para evaluar y mejorar la seguridad en la práctica general” sugieren el uso de la revisión de registros de pacientes (PRR) para medir y mejorar la seguridad en atención primaria, identificar incidentes de seguridad del paciente (PSI) término definido por la organización mundial de la salud como “un evento no intencionado durante el proceso de atención que resultó, podría haber resultado, o aún podría resultar, en un daño innecesario a un paciente” que ocurren en la práctica general (57).

Los tipos de PSI más comúnmente identificados estan relacionados con la medicación y la prescripción, el diagnóstico, la comunicación y el tratamiento. De estos datos se generaron estudios sobre las acciones de mejora tomadas después de la PRR. indicadores de posibles de PSI que permite emprender e informar sobre

una mejora de la calidad constructiva, correctiva y sistemática; evitando que el paciente sufra daños futuros (57).

Sima Vecchi et al, definen los indicadores como “variables altamente informativas que nos permiten evaluar fenómenos complejos”. Para que un indicador sea viable, debe contar con ciertas características que harán del mismo que sea fiable. Entre las que se encuentran: Mensurable, Reproducible, Válido, Comprensible e Inequívoco. Típicamente se pueden clasificar los indicadores en indicadores de “Estructura”: encargados de medir recursos disponibles a nivel institucional como talento humano, insumos, equipos tecnológicos mínimos para la prestación de los servicios, es decir, oferta (Capacidad instalada) versus demanda (Lo que necesita el usuario), que ante falencias del mismo se pueden ver afectados los atributos de continuidad y oportunidad (58).

Por otra parte, tenemos el de “Proceso”, indicador encargado de medir la idoneidad del desarrollo en la atención en términos de guías de prácticas clínicas, y en tercera instancia de “Resultado” como producto final de la atención en salud, medido en tasas de mortalidad, morbilidad y calidad de vida. Estos indicadores y atributos, pueden verse afectados por barreras que van al unísono con nuestra desigualdad social, barreras entre las que encontramos: Geográficas, la ubicación del usuario respecto al punto de atención en salud más cercano, económico, evidenciado en la carencia para el pago de cuota moderadora, medios de desplazamientos e inclusive medicamentos que no cubre el sistema, administrativo, en demoras para realizar autorizaciones de procedimientos, culturales, dadas las creencias que cada población tiene referente al manejo de enfermedades estructural, no contando en varias ocasiones con la capacidad instalada óptima para prestar servicios dignos (58).

El mismo abordaje sistemático en la auditoría en salud es propuesto por el profesor Donabedian quien segmenta la atención médica en los componentes estructura, proceso y resultado. El modelo integrador sobre la calidad en salud, expuesto habla de la estandarización como herramienta principal para evaluar y monitorizar, comparar los resultados y su incidencia clínica de manera cronológica y casi inmejorable; pues es a través de la unificación de estándares que se logra que los resultados sean tratados como indicadores de calidad, pero para llegar a esto se hace necesario disminuir la variabilidad (59).

A nivel nacional como internacional se han logrado identificar y analizar indicadores que permiten contribuir con el mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en común: Percepciones de las enfermeras, satisfacción del paciente, educación médica, accesibilidad a los registros médicos, registros médicos completos**.**

Igualmente, según puntaje de normas COHSASA incluyen: Soporte administrativo, gestión de enfermería, salud y seguridad, control de infecciones, quirófano, esterilización y desinfección, paciente médico, farmacéutico, paciente pediátrico hospitalizado, maternas, paciente quirúrgico, mantenimiento, resucitación, comida, diagnóstico, paciente externo, fisioterapia, laboratorio, soporte vital médico, salud de la comunidad, trabajo social, estos criterios tenidos en cuenta en la acreditación de servicios de salud de Sudáfrica, similares a los contemplados en Colombia (60).

Los indicadores de salud en Colombia surgen en 1995 mediante la iniciativa de medición de un sistema que cumpla con datos básicos para la evaluación de metas en salud dadas por la OMS y OPS. La iniciativa buscaba aportar estandarización de la información obtenida en el país para: “realizar formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud, reorientación de los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública, programación, monitoreo, evaluación y adaptación de la cooperación técnica, movilización de recursos y diseminación de la información técnica en salud” (56).

En Colombia, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1011 de 2006 y en su artículo 45 dispuso que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social diseñaría e implementara un "Sistema de Información para la Calidad", encaminado a estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, que paralelamente, permita, entre otros, orientar a los usuarios en el ejercicio de los derechos y deberes (4). La resolución 256 de 2016 dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad como componente del SOGCS de la Atención de Salud y del SGSSS y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema (49) (Ver Anexo 1).

El marco conceptual incorpora indicadores de estructura, proceso y resultado, los cuales se describen a continuación:

7.2.1. Indicadores de estructura:

Relacionados con entradas de un sistema oferta, demanda, normatividad, infraestructura, dotación, recursos Humanos, Estructura funcional, Estructura orgánica (61). Entre ellos se evidencian:

- Adecuación: (Capacidad Instalada): Relación entre los recursos (OFERTA) de la Institución frente a la (DEMANDA) necesidades de los usuarios.

- Accesibilidad: se refiere a la condición variable de la población de utilizar o ser atendido por el sector salud formal. En este aspecto pueden influir razones geográficas, económicas, tales como distancia entre el lugar de trabajo o de residencia y el centro de salud, o bien el gasto en movilización para llegar a un centro de atención.
- Disponibilidad: define los recursos existentes en función de las necesidades de la población a cubrir; ejemplo: recurso humano por 10.000 habitantes, número de centros de salud por población de referencia.
- Oportunidad: Capacidad de satisfacer las necesidades de salud en el momento que se solicita y se necesita, con los recursos y condiciones adecuadas.

7.2.2. Indicadores de proceso:

Éstos miden la forma y la intensidad como se utilizan los recursos disponibles para atender la demanda de la población. Interrelaciones de actividades para logro de objetivo, tanto administrativas como asistenciales (61). Entre ellos se encuentran:

- Continuidad: Garantizar la secuencia lógica, permanente, sin interrupciones de las acciones necesarias requeridas para la atención del usuario del servicio, según su patología
- Integralidad: La atención debe comprender los aspectos de fomento, promoción, protección específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, oportunos y delimitados al daño y necesidades del usuario, dentro de un todo.
- Suficiencia: Disposición y organización de suministros y recursos para garantizar la atención integral del usuario y sus necesidades de salud, con racionalidad técnico científica y sobre una condición costo-beneficio.
- Pertinencia: se asocia con seguridad e idoneidad, asociado a una óptima atención entre requerimientos, procedimientos y resultados alcanzados; minimizando riesgos amparados en conocimiento, experticia y habilidades necesarias para la prestación del servicio.

7.2.3. Indicadores de resultados:

Son aquellos que cuantifican los efectos relacionados con la atención en salud. Entre ellos eficacia, eficiencia, efectividad (61).

- Satisfacción: (Cliente Externo e Interno), complacencia con respecto a los procesos de la prestación del servicio. Medición de la percepción que el usuario tiene frente al servicio y da cumplimiento a sus expectativas.

- Adherencia: Se entiende como la condición generada en el usuario durante la prestación del servicio por parte de las instituciones y profesionales para que participe en su propio cuidado y cumplimiento del plan de manejo instaurado de acuerdo a sus necesidades, a mayores niveles de calidad del servicio, mayor adherencia.
- Aceptabilidad: Entendida como la máxima expresión de satisfacción que el usuario tiene frente al servicio recibido.
- Optimización: Balance entre los costos y los beneficios de la atención (Eficiencia Clínica + Eficiencia administrativa), entendida como la máxima eficiencia esperada en las organizaciones.

7.2.4. Dominios de calidad en indicadores:

7.2.4.1. Efectividad:

Expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente Algunos ejemplos son: Tasa de mortalidad perinatal, Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre, Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años, entre otros (62).

7.2.4.2. Seguridad:

Entre los que se encuentran: Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC), Proporción de endometritis post cesárea, Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias, Tasa de úlceras por presión, Proporción de cancelación de cirugía (49).

7.2.4.3. Experiencia de la atención:

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General, Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría, Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General. (ver tabla No. 01) (49).

7.2.4.4. Gestión del riesgo:

Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes, Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR), Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral (49).

7.3. IMPACTO DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD

La auditoría de la calidad en salud ha traído consigo un alto impacto contribuyendo de forma exponencial en la sociedad que día a día es más exigente con las IPS y EPS, motivo por el cual se ha tenido que realizar una modificación en las estrategias introducidas al mejoramiento de procesos que impacten de forma positiva al sistema de salud. La palabra “Auditoría” la define Simona Vecchi et al, como “La evaluación estructurada y sistemática de la práctica clínica, basada en la comparación de estándares de referencia y orientada a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria tanto en términos de proceso como de resultado” (58).

La auditoría al ser un proceso dinámico, no cuenta con propiedades de horizontalización, por el contrario, es un proceso cíclico que involucra varias fases: 1. Identificación del alcance y objetivo, 2. Definición de indicadores y estándares de referencia, 3. Observación de la práctica y recopilación de datos, 4. Comparación de datos con estándares de referencia, 5. Identificación de puntos críticos, 6. Actividades de comparación y formación destinadas a mejorar los conocimientos y las habilidades y 7. Volver a Auditar, reconociendo nuevos errores (58).

Cuando hablamos de salud, de forma simultánea debemos mencionar promoción de la calidad de la atención de salud, siendo uno de los pilares fundamentales en nuestro sistema el cual se encuentra regulado de forma estratégica por políticas de salud nacionales con el propósito de garantizar la salud a la comunidad y a su vez, obtener sostenibilidad económica en el sistema. Es por ello, que tener un modelo bien definido, con sus características y objetivos claros hace que de forma precisa impacte en la identificación de posibles fallos en los procesos, deteniendo el crecimiento de estos y mejorando la satisfacción de los pacientes.

Tanto ha sido el impacto de una adecuada auditoria, que Gerd Flodgren y colaboradores, mediante su publicación “*External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes“,* resaltan la actividad de inspección como una acción encargada de promover mejoras de la calidad, desde el punto de vista estructural, procesos organizacionales, comportamiento de los proveedores de la atención médica y el nivel de satisfacción de los pacientes. Concomitantemente,

hace alusión a la importancia de una auditoría externa, definiendo auditoría externa como “un sistema, proceso o arreglo en el cual algunas dimensiones o características de una organización proveedora de servicios de salud y sus actividades se evalúan o analizan contra un marco de ideas, conocimiento o medidas derivadas o desarrollado fuera de esa organización”, midiendo los procesos con el fin de brindar una mejor calidad de la atención médica (60).

Marzia Lazzerini , et al en su estudio “Mejora de la calidad de la atención hospitalaria para niños mediante la supervisión de apoyo en Kirguistán” indican que la atención hospitalaria de una calidad adecuada es fundamental para la salud y el bienestar y es un componente básico de los derechos humanos. El enfoque defendido con más frecuencia por la OMS para mejorar la gestión de casos de enfermedades infantiles comunes ha sido la difusión de directrices basadas en datos empíricos, generalmente combinada con la formación del personal (63).

Sin embargo, la evidencia reciente indica que la capacitación por sí sola no garantiza una mejor gestión de casos e incluso después de la misma, puede ser difícil incorporar nuevos conocimientos a la práctica. Se propone la supervisión de apoyo para el personal como una intervención para aumentar la adherencia a las guías clínicas. Los autores buscaban determinar si la supervisión de apoyo periódica, proporcionaba mejora en el manejo de casos pediátricos en los hospitales y aumenta la calidad general de la atención para afecciones infantiles comunes. La supervisión se realizó según un modelo de igual a igual, que implicó: identificar y acordar las acciones necesarias para mejorar la calidad de la atención; implementar dichas acciones; seguimiento de los avances; y discutir las acciones adicionales necesarias (63).

Finalmente se pudo comprobar que la capacitación estándar seguida de una supervisión de apoyo periódica por parte de pediatras nacionales capacitados redujo significativamente el manejo inadecuado de casos de niños hospitalizados y mejoró el cumplimiento de las guías clínicas como también la calidad general de la atención pediátrica; los responsables de la formulación de políticas deberían considerar el uso de la supervisión de apoyo para aumentar la adherencia a las pautas basadas en la evidencia para la atención. Los resultados no pueden generalizarse directamente a situaciones en las que la falta de equipo, medicamentos, suministros o recursos humanos es un problema importante (63).

Johannes Arthuur Govaertn y compañía, en su investigación sobre la importancia de la auditoria quirúrgica para la reducción de costos en la atención de salud, determinaron el proceso de auditoría y la retroalimentación al personal de salud como una mejora en el desempeño. En las últimas décadas se han iniciado

auditorías quirúrgicas en varios países, la auditoría quirúrgica es un instrumento de calidad que recopila datos clínicos detallados de los proveedores de atención médica, utilizado para mejorar la atención mediante la retroalimentación oportuna a los médicos sobre sus resultados y así facilitar la evaluación comparativa entre los hospitales. Suecia como pionero, países como el Reino Unido, con la realización del proyecto: “Cáncer de intestino grueso de Lothian y Borders”, los Estados Unidos mediante su Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica y los Países Bajos con la Auditoría Colorrectal Quirúrgica Holandesa, desarrollaron e implementaron auditorías quirúrgicas a nivel nacional (64).

Como lo planteó Michael E. Porter, el objetivo general en la atención médica debe ser maximizar el valor para los pacientes. El valor se define como "los resultados de salud logrados que son importantes para los pacientes, en relación con los costos de lograr los mismos". Uno de los seis componentes de la atención médica basada en el valor de Porter es la "medición de resultados y costos para cada paciente". Larsson et al, realiza una medición similar obteniendo resultados mediante auditorías quirúrgicas que faciliten perfectamente el proceso de mejora de la asistencia sanitaria(64). Con la auditoría, los resultados se miden sistemáticamente, así estos podrían mejorar. Naturaleza de la acción deseada, naturaleza de los datos disponibles para retroalimentación, visualización de retroalimentación y entrega de la intervención de retroalimentación (65).

Rayzel Shulman et al, mediante su estudio pudo probar como una intervención basada en auditoría y retroalimentación para mejorar el control glucémico después de la transferencia a la atención pediátrica de la diabetes a la atención en adultos, tiene un efecto positivo, pero variable sobre el rendimiento (65). Marie- Jose Roos – Blom et al, incorporan una caja de herramientas de implementación de acciones a una intervención electrónica de auditoria y retroalimentación dirigida a la calidad del manejo del dolor en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Resultando que la retroalimentación con caja de herramientas mejoró solo el proceso en el manejo adecuado del dolor comparado con el uso de la sola retroalimentación, pero no mejoró los indicadores (66).

8. CONCLUSIONES

Se puede concluir que la auditoria es un proceso nuevo en el país, sin embargo, se han alcanzado grandes avances a partir de la normatividad emitida por los entes competentes, que promueven la implementación de las auditorias en las instituciones. Dadas las múltiples necesidades de mejoramiento las organizaciones se han visto obligadas a implementar de carácter obligatorio la auditoria en sus procesos tanto administrativos como asistenciales.

Es indispensable mejorar las auditorías internas con el objetivo de enriquecer los procesos institucionales, pero al mismo tiempo se requieren de auditorías externas de forma más frecuente y concurrente para mejorar los procesos que se encuentran establecidos en cada una de las instituciones prestadoras de salud. Igualmente, la auditoría proporciona una evaluación objetiva de los resultados, información sobre el proceso de atención y el grado en que se está implementando en la práctica diaria de acuerdo con los estándares definidos. La auditoría no puede ser vista como un procedimiento o Check-List, sino como el conjunto de procesos organizados de forma sincrónica enfocados en la atención de salud que cumpla con los criterios de calidad y expectativas de los pacientes.

La auditoría en salud nos permite identificar hallazgos que se traducen en oportunidades de mejora luego de su análisis; las acciones más comúnmente encaminadas a mejorar están relacionadas con la retroalimentación de los procesos, refuerzo de la auditoría, actualización de protocolos y procedimientos de acuerdo a la oferta de servicios, además la aplicación de herramientas adecuadas de medición , la capacitación, entre otras; las cuales permitirán al talento humano implicado en los procesos tomar medidas proactivas para mejorar la atención al paciente, perfeccionar las metodologías y garantizar la calidad.

El papel del auditor debe ser un papel activo, teniendo en cuenta que como auditores tenemos una responsabilidad social que adquirimos en el momento que decidimos emprender esta especialidad. Como futuros auditores debemos ser conscientes que el compromiso con nuestros pacientes va más allá de los computadores, lograr gestionar lo necesario para una atención digna y pertinente a las circunstancias, realizar un seguimiento oportuno y de calidad, tomar medidas de mejoramiento en el mismo y finalmente realizar un reporte estadístico con lo evidenciado, hará de nosotros los auditores del futuro, unos especialistas integrales.

La falta de estudios y documentación enfocada a la auditoría de calidad en salud, hace de nuestro país junto con las instituciones que actúan en el mismo, un sistema en salud poco preparado y enfocado en aspectos de calidad, surgiendo día a día la

necesidad de reforzar e incentivar estudios del impacto que trae consigo el mejoramiento de la calidad. Es importante resaltar que pese a la falta de estudios tenemos una normativa altamente fortalecida en aspectos relacionados a la auditoria y sus componentes, la cual nos proporciona la base para su implementación y desarrollo continuo de mejoras de las instituciones de carácter privado, público y entes gubernamentales.

9. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados de la revisión bibliográfica y las conclusiones anteriormente expuestas, realizamos las siguientes recomendaciones:

1. La auditoría en salud es un campo que ha ido evolucionando con el transcurrir de los años, por lo que se hace indispensable estar a la vanguardia en cuanto aspectos normativos, investigativos, documentales y de esta forma, garantizar su planeación, desarrollo, implementación, evaluación y retroalimentación en los procesos con el objetivo de tomar directrices que permitan el mejoramiento continuo de los mismos.
2. El mejoramiento de la atención en salud debe ser medible, bien sea cuantitativa o cualitativamente, para garantizar que los procesos y auditorías que se han realizado mediante revisión por pares, auditoría interna, auditoría externa, identifiquen estos puntos críticos y se actúe sobre los mismos. Es importante aclara, que no todos los indicadores se pueden aplicar para todas las auditorías por lo que es importante identificar las condiciones clínicas e indicadores potencialmente adecuados de la literatura actual, definir medidas de resultado válidas y confiables y desarrollar e incorporar prácticas mejoradas en la atención (55).
3. El impacto de la auditoría y su retroalimentación hace parte del mejoramiento de la calidad, teniendo en cuenta que lo que realizamos el día de hoy, se verá reflejado en los próximos meses e inclusive años, de ahí la importancia de tener un plan de intervención inmediata posterior a las auditorías, con el objetivo de mejorar la calidad en la atención brindada. Posteriormente es adecuado realizar actividades de reevaluación, la cual facilita el seguimiento periódico del desempeño sanitario y la evaluación de las mejoras de la calidad de la atención en la práctica diaria.
4. Cuando las recomendaciones son dadas por entes no gubernamentales, se debe propender por mejorar los hallazgos encontrados de forma temprana para evitar en las auditorias gubernamentales sanciones e inhabilitación de los servicios de atención en salud, como muy bien es señalado por Gerd Flodgren et al: *"cuando la inspección era realizada por un organismo no gubernamental, los evaluadores podían recomendar cambios, pero no tenían el poder para hacerlos cumplir. Por el contrario, la comisión de salud, como organismo gubernamental, tenían los medios para hacer cumplir el cambio y hacer que las organizaciones mejoren su cumplimiento de las normas..."*, siendo un claro reflejo de nuestra sociedad, pues si los hallazgos encontrados en la auditoría no tienen implicaciones legales no es tenida en cuenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social. ABC sobre el Sistema único de Acreditación en Colombia [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf

2. Ministerio de Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia; 2007.

3. Hurtado Hoyo E, Dolcini HA, Yansenson JF. Código de ética para el equipo de Salud [Internet]. 2da Edición. Argentina; 144 p. Disponible en: https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/ama-codigo-etica-castellano.pdf

4. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2006. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co

5. Raffino ME. Significado de Control [Internet]. Significados. [citado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.significados.com/control/

6. Avedis D. Los siete Pilares de la Calidad. Revista Calidad Asstencial. 2001;96–100.

7. Definiciones de estandarización de procesos asistenciales - [Internet]. Erreius. 2017 [citado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: https://blog.erreius.com/2017/10/05/definiciones-de-estandarizacion-de-procesos-asistenciales/

8. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E. El evento adverso, ¿un daño prevenible en la atención en salud? [Internet]. Panamericana Formas e Impresos; 2020. Disponible en: https://scare.org.co/wp-content/uploads/Infoscare_2020_1_ABRIL15.pdf

9. Ministerio de la Protección Social. Paquetes Instruccionales, Guia Tècnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atenciòn en Salud” [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

10. Business EGS of. ¿Cuáles son las herramientas de la gestión en salud? [Internet]. [citado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2018/03/cuales-son-las-herramientas-de-la-gestion-en-salud/

11. Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investig Educ En Enferm. septiembre de 2008;26(2):218–25.

12. Indicadores de Salud | Observatorio [Internet]. Observatorio Económico social de la UNR. Disponible en: https://observatorio.unr.edu.ar/indicadores-de-salud/

13. www.areasaludcaceres.com. Inspección de Salud [Internet]. Área de Salud de Cáceres. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: /contenido/-inspeccion-de-salud-area-de-salud-de-caceres.html

14. Sentencia T-619 de 2014 Corte Constitucional [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2014 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=72062

15. Decreto 1570 de 1993 - EVA - Función Pública [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75982

16. Sanabria Ramos G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cuba Salud Pública. septiembre de 2004;30(3):0–0.

17. Concepto de procedimiento [Internet]. DeConceptos.com. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://deconceptos.com/general/procedimiento

18. 15 Ejemplos de procesos de una empresa - incluyendo gráficos [Internet]. IVE Consultores. 2019 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://iveconsultores.com/ejemplos-de-procesos-de-una-empresa/

19. ISO 9001: Entendiendo el enfoque basado en procesos [Internet]. Escuela Europea de Excelencia. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2014/11/iso-9001-entendiendo-enfoque-basado-procesos/

20. Régimen contributivo [Internet]. Minsalud.gov.co. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx

21. Régimen Subsidiado [Internet]. Minsalud.gov.co. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx

22. RSyS. Responsabilidad Social: qué es, definición, concepto y tipos [Internet]. Responsabilidad Social y Sustentabilidad. 2019. Disponible en:

https://www.responsabilidadsocial.net/la-responsabilidad-social-que-es-definicion-concepto-y-tipos/

23. Gestión de riesgos laborales con OHSAS 18001 [Internet]. Nueva ISO 45001. 2016 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.nueva-iso-45001.com/2016/01/riesgos-ohsas-18001/

24. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu M del C, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cuba Salud Pública. diciembre de 2008;34(4):0–0.

25. Ley 100 de 1993 [Internet]. Minsalud.gov.co. 1993. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co

26. Oxford Dictionary. Sistemático definición [Internet]. Lexico Dictionaries | Español. [citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.lexico.com/es/definicion/sistematico

27. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.saip.org.uy/ejprof/ley18335_deryobl_usuarios_servsal.pdf

28. Ministerio de Salud y Protección Social. Vigilancia en salud pública [Internet]. Minsalud.gov.co. [citado el 20 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/vigilancia-salud-publica.aspx

29. Malagón Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Garantía de la Calidad en Salud. 2a.Edición. Editorial médica Panamericana; 2006. 696 p.

30. Arango Guzmán PN, Flórez Hurtado PA, Pérez Pérez AP, Rodriguez CM. Estado del arte del concepto de auditoría en salud [Internet] [Monografía]. Universidad Santo Tomas; 2018. Disponible en: http://hdl.handle.net/11634/10413

31. Dávila Bonnet M del P, García Madrid DJ, Carmona Hernández M, Peña Salazar BE. Modelo de Auditoría integral sistémica para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Laboratorios Clínicos de mediana complejidad. [Medellín]: Universidad CES; 2011.

32. Arango Cardona LJ. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Rev Ean. 2009;(67):75–94.

33. Baquero Gómez SM. La importancia de la implementación del sistema de gestión de calidad en los procesos misionales de las empresas prestadoras de servicios de salud en Colombia. [Bogotá]: Universidad Militar Nueva Granada; 2014.

34. Paez Cañón D del P. Situación actual de la auditoría médica en Colombia. [Bogotá]: Universidad Militar Nueva Granada; 2015.

35. Vélez AL. La acción de tutela:¿ un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud? Colomb Médica. 2005;36(3):199–208.

36. Arenas M. GA. El derecho colombiano de la seguridad social. Bogotá,Col: Legis; 2011.

37. Hernández Beltrán ÁM. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud. [Bogotá]: Universidad Católica de Colombia; 2016.

38. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México. 2011;53:s144–55.

39. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. Minsalud.gov.co. 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co

40. Ministerio de la Protección Social. Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS. Charlie´s Impresores, Bogotá Colombia; 2011.

41. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad [Internet]. Organización para la Excelencia de la Salud OES. Disponible en: https://oes.org.co

42. Albarracín DAM. La Auditoría, concepto actual o antiguo. Rev Cienc Cuid. 2007;4(4):51–7.

43. Heredia FÁ. Calidad y auditoría en salud. 3a ed. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2015. 396 p.

44. Viviano Grande SL. Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima - Perú 2017 [Internet] [Trabajo de grado]. [Lima, Peru]: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2017. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6215/Viviano_gs.pdf?sequence=1

45. Solano Bent EA, Peña Londoño P, Ocampo Atehortua SM. La gestión del conocimiento y el proceso de auditoria en las entidades del sector salud. [Trabajo de grado]. [Medellín]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2016.

46. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Alcaldía de Bogotá. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co

47. Decreto 4295 de 2007 [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2007. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co

48. Decreto 903 de 2014 [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2014. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co

49. Resolución 256 de 2016 [Internet]. Consultorsalud. 2016. Disponible en: https://consultorsalud.com/sistema-de-informacion-para-la-calidad-en-salud-resolucion-256-de-2016/

50. Decreto 780 de 2016 [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2016. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co

51. Resolución 2082 de 2014. [Internet]. Minsalud.gov.co. 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co

52. Unknown. Historia de la Medicina Peruana: Historia de la Auditoría Médica [Internet]. Historia de la Medicina Peruana. 2009 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: http://historiamedicinaperuana.blogspot.com/2009/10/historia-de-la-auditoria-medica.html

53. Resolución 1043 de 2006 [Internet]. Alcaldía de Bogotá. 2006 [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/listados/tematica2.jsp?subtema=22450

54. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey M-P. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. el 2 de diciembre de 2016;12:CD008992.

55. Zhao M, Vaartjes I, Klipstein-Grobusch K, Kotseva K, Jennings C, Grobbee DE, et al. Quality assurance and the need to evaluate interventions and audit programme outcomes. Eur J Prev Cardiol. junio de 2017;24(3_suppl):123–8.

56. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica Sistema Estándar de Indicadores Básicos de Salud en Colombia [Internet]. Dirección de Epidemiología y Demografía; 2013. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/IBS_001.PDF

57. Madden C, Lydon S, Curran C, Murphy AW, O'Connor P. Potential value of patient record review to assess and improve patient safety in general practice: A systematic review. Eur J Gen Pract. diciembre de 2018;24(1):192–201.

58. Vecchi S, Agabiti N, Mitrova S, Cacciani L, Amato L, Davoli M, et al. [Audit and feedback, and continuous quality improvement strategies to improve the quality of care for type 2 diabetes: a systematic review of literature]. Epidemiol Prev. abril de 2016;40(3–4):215–23.

59. Junta directiva de la sociedad Españoleta de Calidad Asistencial. Calidad Asistencial. 2001;16:76.

60. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Pomey M-P. External inspection of compliance with standards for improved healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. el 2 de diciembre de 2016;12:CD008992.

61. Valenzuela B m. T. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Cienc Trab. 2005;(17):118–22.

62. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia - Home Page [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=0864-0289&script=sci_serial

63. Lazzerini M, Shukurova V, Davletbaeva M, Monolbaev K, Kulichenko T, Akoev Y, et al. Improving the quality of hospital care for children by supportive supervision: a cluster randomized trial, Kyrgyzstan. Bull World Health Organ. el 1 de junio de 2017;95(6):397–407.

64. Govaert JA, van Bommel ACM, van Dijk WA, van Leersum NJ, Tollenaar RAEM, Wouters MWJM. Reducing healthcare costs facilitated by surgical auditing: a systematic review. World J Surg. julio de 2015;39(7):1672–80.

65. Shulman R, Zenlea I, Shah BR, Clarson C, Harrington J, Landry A, et al. Testing an audit and feedback-based intervention to improve glycemic control after transfer to adult diabetes care: protocol for a quasi-experimental pre-post design with a control group. BMC Health Serv Res. el 25 de noviembre de 2019;19(1):885.

66. Roos-Blom M-J, Gude WT, de Jonge E, Spijkstra JJ, van der Veer SN, Peek N, et al. Impact of audit and feedback with action implementation toolbox on improving ICU pain management: cluster-randomised controlled trial. BMJ Qual Saf. diciembre de 2019;28(12):1007–15.

ANEXOS

Anexo 1. **INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN COLOMBIA – PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

DOMINIO	INDICADOR
EFECTIVIDAD	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación
	Proporción de gestantes con valoración por odontología
	Proporción de partos por cesárea
	Tasa de mortalidad perinatal
	Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM)
	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo
	Letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años
	Letalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
	Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)
	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH), con diagnóstico de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)
	Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto
	Proporción de pacientes hospitalizados por Dengue Grave
	Proporción de personas con Hipertensión Arterial a quienes se les realiza medición de LDL
	Proporción de personas con Diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
	Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL
	Proporción de personas con Hipertensión Arterial (HTA), estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)

DOMINIO	INDICADOR
	Proporción de personas con Diabetes Mellitus, estudiadas para Enfermedad Renal Crónica (ERC)
	Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl
	Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular
	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años

Fuente: Anexo Técnico No.1. Resolución 256 de 2006. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

DOMINIO	INDICADOR
EFECTIVIDAD	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año
	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años
	Proporción de menores deis años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP
SEGURIDAD	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)
	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)
	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)
	Proporción de endometritis post parto vaginal
	Proporción de endometritis post cesárea
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias
	Tasa de ca ida de pacientes en el servicio de consulta externa
	Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias
	Tasa de úlceras por presión.
	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas
	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
	Proporción de cancelación de cirugía
EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general
	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía

DOMINIO	INDICADOR
EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear
	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triaqe II
	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas
	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera
	Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de revascularización miocárdica
	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

Fuente: Anexo Técnico No.1. Resolución 256 de 2006. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Anexo 2. **INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN COLOMBIA – PARA EAPB**

DOMINIO	INDICADOR
EFECTIVIDAD	Razón de Mortalidad Materna a 42 días
	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición
	Letalidad por Dengue
	Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada
	Proporción de progresión de enfermedad renal crónica
GESTIÓN DEL RIESGO	Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes
	Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)
	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral
	Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento
	Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años
	Proporción de pacientes hipertensos controlados
	Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
	Proporción de pacientes diabéticos controlados
	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes
	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
	Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia
	Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix

	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino
	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata
	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)

Fuente: Anexo Técnico No.1. Resolución 256 de 2006. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

DOMINIO	INDICADOR
EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General
	Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Nuclear
	Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas
	Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Reemplazo de cadera
	Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de revascularización miocárdica
	Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS
	Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos
	Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EPS

Fuente: Anexo Técnico No.1. Resolución 256 de 2006. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Anexo 3. **INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN COLOMBIA – PARA ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD**

DOMINIO	INDICADOR
EFECTIVIDAD	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	Razón de Mortalidad Materna
	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)
	Tasa de incidencia de Hipotiroidismo Congénito
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición
	Prevalencia de Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en personas de 15 a 49 años
	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
	Letalidad por Dengue
	Prevalencia de hipertensión arterial
	Prevalencia de diabetes mellitus
	Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5
	Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres
	Tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino
	Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata
	Proporción de abandono de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP).
GESTIÓN DEL RIESGO	Cobertura de verificación para habilitación de servicios
	Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos
	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año
	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Polio en niños y niñas menores de un año
	Cobertura de vacunación de la Triple Viral en niños y niñas de un año

Fuente: Anexo Técnico No.1. Resolución 256 de 2006. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Anexo 4. **INSTRUMENTO PARA REVISIÓN DE ARTÍCULOS BIBLIOGRÁFICOS**

COMPONENTE	CRITERIO	Artículo evaluado																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Título	1. Identifica en el titulo el tipo de estudio	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO
País	2. Identifica el país en el que se desarrolló el estudio y la procedencia de la bibliografía	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
Idioma	3. Identifica el idioma en el cual fue publicado originalmente y las traducciones que se realizaron al mismo	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Autores	4. Identifica los autores del estudio	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Resumen	5. Facilita un resumen estructurado que contenga: Antecedentes, objetivos, metodología, resultados y conclusiones	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI
Justificación	6. Describe la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI

COMPONENTE	CRITERIO	Artículo evaluado																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Objetivos	7. Plantea de forma explícita las preguntas que se desea contestar	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Métodos	8. Describe el diseño del estudio	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI
Protocolo y Registro	9. Indica si existe un protocolo de revisión al que se pueda acceder	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Fuentes de Información	10. Describe todas las fuentes de información y su criterio de elección: bases de datos, periodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Búsqueda	11. Presenta la estrategia completa de búsqueda electrónica en al menos una base de datos	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI
Selección de los estudios	12. Especifica el proceso de selección de los estudios	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Procesos de Extracción de datos	13. Describe los métodos para la extracción de datos de las publicaciones	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI
Riesgo de sesgo entre los	14. Especifica cualquier evaluación del riesgo de	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI

COMPONENTE	CRITERIO	Artículo evaluado																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
estudios	sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa																						
Resultados	15. Presenta los resultados de todos los estudios realizados, especificando los métodos estadísticos utilizados	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Análisis	16. Describe un análisis detallado de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos y la hipótesis	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI
Limitaciones	17. Discute las limitaciones de los estudios y de los resultados y de la revisión.	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
Conclusiones	18. Proporciona una interpretación general de los resultados obtenidos. futura investigación	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI
Financiación	19. Describe las fuentes de financiación, si es el caso.	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO