 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

1. OBJETIVO

Brindar los lineamientos y especificar los requerimientos para mejorar la atención al usuario a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada, compuesto por actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios

2. RESPONSABLE

Son responsables de la adecuada ejecución, cumplimiento y actualización de este instructivo el Secretario(a) de Salud y el Subsecretario de Aseguramiento y Control de la Salud y sus delegados.

3. ALCANCE

Esta guía inicia con la autoevaluación, la cual comprende en realizar el autodiagnóstico para identificar los procesos objeto de mejora que afectan la atención en salud por recibir por los usuarios PNA, y finaliza con el aprendizaje organizacional con la estandarización de procesos.

4. DEFINICIONES Y TÉRMINOS


Actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Es un conjunto de personas naturales o jurídicas, reunidas y organizadas por un interés común, con el fin de influir conjuntamente en la formulación transparente y legítima de las políticas públicas buscando mejorar el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud.

Acciones de seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

AMEC: Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Aseguramiento: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo cual exige que la aseguradora asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el Plan de beneficios.

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

Asesoría: Conjunto de actividades mediante las cuales se orienta a las instituciones de salud, personas u organizaciones en la implementación y desarrollo de lineamientos de calidad para el buen desarrollo en su gestión.

Accesibilidad: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

BDUA: Base de Datos Única de Afiliación- herramienta para la dirección y regulación del sistema general de seguridad social en salud, así como para el flujo de recursos, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias vigentes. Tiene como objetivo realizar las validaciones necesarias con el fin de evitar multifiliación, tener consistencia en la información y conocer de forma oportuna el estado de afiliación de la población.

Calidad de la atención en salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional y óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Contrato. Pacto o convenio entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada y acuyo cumplimiento pueden compelerse. Requiere: consentimiento, libre y sin vicios, objeto cierto y posible, causa lícita y verdadera de la obligación

Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

DNP: Departamento Nacional de Planeación.

ESE (Empresa social del estado): Instituciones públicas que prestan servicios de salud en cada Municipio.

EAPB: Entidades administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IPS: Instituciones Prestadoras de servicios de Salud - son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Listado Censal: Listado conformado por grupos poblacionales con características especiales a los cuales no les obliga la aplicación de la encuesta SISBEN. En este caso, la relación de beneficiarios del Régimen Subsidiado es suministrada por autoridades o entidades específicas tales como los gobernadores de cabildos indígenas, Acción Social de la Presidencia de la República, Ministerio del Interior, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otras.

NNA: Niños, niñas y adolescentes

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.

Población Objeto: Se refiere a la asignación de la población beneficiada y/o participe de la

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

asesoría y/o asistencia técnica, de acuerdo con los grupos de interés.

PNA: Población No Asegurada. Corresponde a la población en los grupos poblacionales desde la A1 a la C18 y que no se encuentran afiliadas al régimen contributivo, subsidiado, especiales y de excepción

PQRDS: Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y Solicitudes

PACOSS: Atributos de la calidad en la atención en salud.

Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

PAMEC: Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad

Red de Prestadores de servicios de salud: Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Régimen Contributivo (RC): Es el conjunto de normas establecidas por el estado que le permite al afiliado y a su familia, pertenecer al SGSSS, recibir atención y beneficios de salud mediante el pago de un aporte o cotización.

Régimen Subsidiado (RS): Es el conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al SGSSS, cuando tal afiliación se hace a través de un subsidio total o parcial con recursos del Estado, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios para los Programas Sociales

SISMASTER: Sistema administrativo y financiero para el control y ejecución de procesos en el régimen subsidiado, permite controlar y depurar la información de los afiliados al régimen. Además de operar la base de datos de los afiliados, también permite realizar seguimiento a los recursos financieros destinados para asegurar la información.

SSSA: Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

SSYPS: Secretaría de Salud y Protección Social.

SIAU: Servicio de Información y Atención al Usuario

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

SUH. Sistema único de Habilitación.

5. CONTENIDO

A continuación, se describe el paso a paso para iniciar la auditoría de la calidad en salud, del municipio esta tiene tres pasos:

Los tres pasos se tienen que cumplir cualquiera sea la actividad que los miembros del equipo de mejoramiento continuo de la SSYPS procedan a realizar:

- 1) Auditorías con el PAMEC para la PNA.
- 2) Auditorías externas a otras poblaciones aseguradas.
- 3) Asesoría y asistencia técnica.

Cuando se cumplen los tres pasos se considera que el estándar es una fortaleza, si cumple uno o dos pasos se considera que ha alcanzado uno o dos logros y lo que está pendiente por cumplir son una o dos oportunidades de mejora.

FORTALEZA = ENFOQUE + IMPLEMENTACIÓN + RESULTADO

5.1 Desarrollo de la auditoría con el PAMEC para la PNA.

Para ejecutar el PAMEC deben realizar dos tipos de acciones específicas:

5.1.1 ACTIVIDADES PREVIAS	Las actividades previas son ocho .
5.1.2 RUTA CRÍTICA	Las etapas de la ruta crítica son nueve .

5.1.1. ACTIVIDADES PREVIAS: Para ello se tiene una herramienta que permite evaluar el desarrollo anual de las actividades previas mediante ocho preguntas se evalúan y verifican las evidencias del trabajo realizado anualmente.

5.1.1.1. Verificación de la conformación del equipo de mejoramiento continuo: Se comprueba por parte del equipo auditor de la SSSA que la SSYPS tenga un listado de asistencia y un acta actualizados-es decir, del año que se está evaluando- donde están escritos los cargos y los nombres de los servidores públicos -contratados bajo cualquier modalidad-, que están conformando en el momento el equipo de mejoramiento –Los integrantes del equipo deben ser mínimo cinco servidores públicos.

5.1.1.2. Solicitud del Acta de conformación del equipo PAMEC: El equipo auditor de la SSSA debe verificar que la SSYPS cuenta con el acta de conformación del equipo PAMEC, la cual debe ser una resolución o un decreto municipal donde conste esta acción administrativa.

5.1.1.3. Solicitud de la sensibilización actualizada del PAMEC de la SSYPS: El equipo auditor

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

de la SSSA debe revisar que la SSYPS cuenta con un listado de asistencia y un acta actualizada por cada entidad sensibilizada en PAMEC -es decir, del año que se está evaluando- donde está escrito cuál entidad fue sensibilizada:

- Gabinete municipal incluido el(a) alcalde(sa);
- el Concejo municipal;
- Los presidentes de las juntas de acción comunal, el medio por el cual se sensibilizó: Vídeo, exposición, evento público.

5.1.1.4. Conceptualización: El equipo auditor de la SSSA debe verificar la Conceptualización realizada del PAMEC a los servidores públicos de la SSYPS, revisando que la SSYPS tiene un listado de asistencia y un acta actualizados -es decir, del año que se está evaluando- donde está escrito el medio por el cual se conceptualizó en PAMEC a todos los servidores públicos de la SSYPS-sin importar su forma de contratación-: Vídeo, exposición, evento público.

5.1.1.5. Documento PAMEC: El equipo auditor de la SSSA debe verificar que la SSYPS cuenta con la realización del documento PAMEC cuya fecha de realización o actualización no sea mayor a cinco años, ejemplo: para el 2024 su fecha máxima de realización o actualización es 2019. De no tener fecha de realización se considera que no está actualizado.


5.1.1.6. Cronograma: Se revisa el cronograma de la SSYPS para implementar el PAMEC, que debe ser del periodo vigente.

5.1.1.7. Instrumento PAMEC: Se debe verificar que la SSYPS cuenta con el Diseño de los instrumentos del PAMEC, revisando que la SSYPS tiene una carpeta física o virtual con los papeles de trabajo que está desarrollando (instructivo de asesorías, instructivo asistencias técnicas, instructivo de auditorías internas, herramienta de interventoría o seguimiento al contrato de la PNA).

5.1.1.8. Evidencias: Se debe constatar que la SSYPS cuenta con la Preparación de la logística de las reuniones del PAMEC, verificando que la SSYPS tiene una carpeta física o virtual donde consta el lugar, la fecha y hora de comienzo y de terminación de cada reunión que se ha realizado y que se realizarán en el 2024 para tratar en el comité PAMEC, además de los compromisos y el seguimiento a las actividades agendadas durante el periodo respectivo.

Una vez cumplidas las actividades previas, se procede con las nueve etapas de la ruta crítica. La ruta crítica es una técnica que permite gestionar los proyectos mediante la identificación de las tareas necesarias para poder realizar lo programado en el tiempo estipulado. Siempre se desarrolla con base en un cronograma que ordena y controla la secuencia de actividades que deben ejecutarse y finalizarse a tiempo para completar lo proyectado.

5.1.2. RUTA CRÍTICA: La ruta crítica es una técnica que permite gestionar los proyectos mediante la identificación de las tareas necesarias para poder realizar lo programado en el tiempo estipulado. Siempre se desarrolla con base en un cronograma que ordena y controla la secuencia

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025


de actividades que deben ejecutarse y finalizarse a tiempo para completar lo proyectado.

5.1.2.1. Autoevaluación: Su objetivo es tener un diagnóstico en el que se identifiquen los problemas o fallas de calidad que afectan la organización, comprende aquellos aspectos relacionados a la calidad que impacten al usuario y la atención. Los aspectos por evaluar desde el punto de vista del usuario en cada uno de los procesos son: • Autoevaluación del Proceso de Atención en Salud • Atención al usuario Cuando se trabaja con alcance en acreditación se deben incluir todos los grupos de estándares, la conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares, la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA, los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa. Cuando se trabaja con alcance en seguridad del paciente, se deben tomar las prácticas seguras adicionales a las documentadas en el estándar de procesos prioritarios según aplique a su servicio de salud y siempre con estándares superiores de calidad. NOTA: La autoevaluación incluida en los pasos de la Ruta Crítica del PAMEC corresponde a un proceso diferente a aquel de la autoevaluación para la Habilitación (Resolución 3100 de 2019 o norma que la modifique).

5.1.2.2. Selección de procesos a mejorar: Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen. Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del mapa o listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC. Nota: Tenga en cuenta que, para mayor facilidad, los procesos institucionales deben estar en un mapa de procesos que, la interrelación de los procesos de una organización en forma de diagrama.

5.1.2.3. Priorización de procesos Debe ser acorde a los procesos seleccionados en la etapa anterior y sus oportunidades de mejora que impactan con mayor fuerza al usuario. Es importante realizar registro en una matriz de priorización que lo soporte que puede ser de volumen, riesgo, costo o nivel de prioridad de riesgo, entre otras. Las oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas en un ciclo posterior, ya que no son las de mayor criticidad. Cuando la IPS toma el alcance en acreditación, se recomienda priorizar oportunidades de mejora que fortalezcan los ejes de acreditación, especialmente el eje de humanización.

5.1.2.4. Definición de la calidad esperada Se debe establecer una meta cuantitativa, de cuáles son los resultados que se quieren lograr y cómo se desea que se realicen los procesos, implica definir criterios y estándares de calidad a través de los que se medirá el desempeño, se deben establecer metas por medio de la creación de Indicadores de Gestión que evaluarán el desempeño de los riesgos asociados a los procesos priorizados de una manera pertinente. Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación del PAMEC. Si el alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

de riesgo al que se espera llegar. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas complementarias de seguridad del paciente, recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, encaminadas a estándares superiores de calidad, indicar el logro esperado.

5.1.2.5. Definición de la calidad observada: Establecer la línea base del desempeño institucional por medio de la medición inicial de los indicadores desarrollados en la etapa anterior, esta auditoría inicial contiene los hallazgos de la calidad observada frente a la esperada y permitirá medir el impacto de las acciones de mejoramiento que implementemos. En esta etapa es donde se revela qué tan grande es la brecha existente entre la calidad observada y la calidad esperada.

5.1.2.6. Formulación del plan de mejoramiento Esta etapa se centra en el planteamiento de soluciones que sean prácticas y posibles de implementar, como respuesta a las oportunidades de mejora o fallas de calidad identificadas, cerrando la brecha existente entre la calidad observada y la esperada, al describir acciones de mejora estableciendo responsables, fecha de inicio y finalización. Dentro de esta etapa, se destacan los siguientes aspectos: • Definición de la ficha técnica de los indicadores con su periodicidad de medición. • Medición de los indicadores a través del seguimiento regular a las acciones de mejora implementadas. • Soluciones correctivas oportunas en tiempo real, en caso de identificar desviaciones. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, idealmente, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento y gerencia, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad, de manera obligatoria se deben incluir proceso de atención al cliente asistencial y estándares relacionados con satisfacción

5.1.2.7. Implementación del plan de mejoramiento: Evidencia documental de las acciones de mejora definidas en la etapa anterior, es la ejecución de las acciones planeadas para cerrar la brecha detectada, con el fin de alcanzar la meta definida por la institución en cada uno de los procesos priorizados.

5.1.2.8. Evaluación del mejoramiento Su objetivo es valorar el cumplimiento y la efectividad de las acciones ejecutadas que se definieron previamente en el plan de mejoramiento, incluyendo el seguimiento desde el autocontrol y de la auditoría interna, el cual se debe evidenciar explícitamente. Esta actividad tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados. Dentro de la planeación del procedimiento de auditoría se resaltan los siguientes pasos: • Definición de los objetivos de la auditoría. • Definición del alcance que se refiere al universo del campo de acción. • Definición de las técnicas de apoyo a utilizar como son, observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico o flujogramas. • Identificación del formato de registro. • Definición del equipo ejecutor de la auditoría y cronograma de la auditoría. Nota: Como resultado del ejercicio, se debe contar con un reporte del seguimiento.

5.1.2.9. Aprendizaje organizacional El propósito es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos, manteniendo así la mejora continua. Debe generarse un documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

entidad, es la toma de decisiones definitivas, encaminadas a la estandarización de mejora de los procesos priorizados. En esta etapa se fortalecen competencias a los colaboradores, para dar continuidad en la implementación de los cambios alcanzados y se implementa el seguimiento para evitar que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada. Nota: Recuerde relacionar el número de documentos estandarizados.

5.2. DESARROLLO AUDITORÍAS EXTERNAS A OTRAS POBLACIONES ASEGURADAS.

5.2.1. AUTOEVALUACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

AUTOEVALUACION	1. SUFICIENCIA DE RED DE SERVICIOS
	2. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
	3. HABILITACION DE SERVICIOS
	4. PACOS

5.2.1.1. Suficiencia de red de servicios: La suficiencia de red que tiene relación directa con la población, por ello es fundamental el análisis demográfico según el curso de vida -CV- y el sexo:

CV1: Primera Infancia (0-5 años).

CV2: Infancia (6 - 11 años).

CV3: Adolescencia (12 - 18 años).

CV4: Juventud (14 - 26 años).

CV5: Adulthood (27- 59 años).

CV6: Persona Mayor (60 años o más) envejecimiento y vejez


5.2.1.2. Referencia y Contrarreferencia: El sistema de referencia y contrarreferencia cuenta con una red de prestadores de servicios de salud disponible y suficiente para todos los niveles de complejidad, incluyendo disponibilidad real de red de transporte y de comunicaciones.

Por ello se requiere que la SSYPS conozca cuáles son las EAPB -EPS- que aseguran la población de su territorio y con ellas -EPS- debe verificar la coincidencia de los datos demográficos según el curso de vida y el sexo.

5.2.1.3. Habilitación de servicios: La SSYPS debe garantizar que las IPS/ESE del municipio están habilitadas, para ello consultará el REPS semestralmente y dejará constancia de la imagen en una carpeta física o virtual.

También realizará visita semestral a las IPS/ESE para verificar la presencia de los distintivos de habilitación y la real prestación -por revisión de agenda- de los servicios inscritos y habilitados y dejará constancia en el acta que se almacenará en una carpeta física o virtual.

5.2.1.4. P.A.C.O.S: Artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016. Características del SOGCS. Las

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **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.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Se modifica el orden de las características para que se pueda leer el acrónimo P.A.C.O.S)

El seguimiento a los casos referidos y contrarreferidos establece un parámetro para verificar la pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad y satisfacción del usuario


De igual manera la Secretaría de Salud y Protección Social debe constatar la pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad y satisfacción del usuario de las citas de odontología general y medicina general no mayor a tres días hábiles y de la entrega de medicamentos de manera inmediata, y de la realización de exámenes de laboratorio e imagenología básica. A la muestra se le debe aplicar verificación telefónica -paciente trazador-.

Para auditar la atención al usuario se verificará por parte del equipo de mejoramiento continuo que las EPS que tienen asegurados en el municipio cuentan con un lugar donde puedan acudir para que sus inquietudes sean atendidas. También se debe verificar la real atención por la página web y por la línea telefónica.

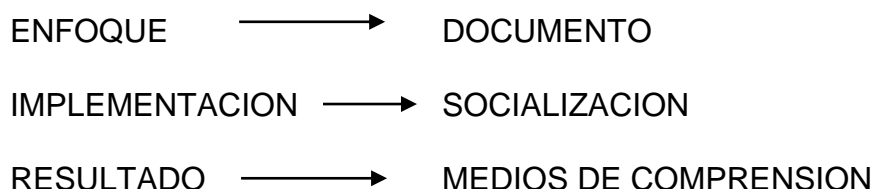
El equipo de mejoramiento continuo debe verificar la resolución de las PQRS en forma oportuna, con resolución de fondo, según el caso.

5.2.2. RUTA CRÍTICA: Las SSYPS deberá desarrollar el total de auditorías a los dos estándares y los seis criterios que solicita el Decreto 780 de 2106, deben continuar su tarea como lo han estipulado en su ruta crítica para la vigencia, esto es cada año.

5.2.2.1.1. AUTOEVALUACIÓN: Lo primero que es necesario aclarar y tener siempre en

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

cuenta, es que no se trata de una auditoría para verificarle las condiciones mínimas de los estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019. Como se trata de una propuesta de paso a paso, hay que volver a mencionar que la AUTOEVALUACIÓN de la Ruta crítica del PAMEC tiene tres partes o pasos:



5.2.2.1.1.1. Enfoque: Es el PROCEDIMIENTO cuyo producto final es un documento actualizado, claro, preciso, coherente, elaborado con las especificaciones técnicas que tiene establecidas el municipio, que da existencia tangible a la acción que se desarrollará a través de la lista de chequeo de la auditoría. Como equipo de mejoramiento continuo debemos describir en el documento el paso a paso de lo que vamos a hacer en la auditoría.

5.2.2.1.1.2. Implementación: Es la socialización y evaluación a todos los servidores públicos de la secretaría de salud -sin importar su forma de contratación- del documento que sustenta la lista de chequeo de la auditoría. Al finalizar la socialización todos los participantes deben saber explicarle a quien les consulte por qué se hace la auditoría, cómo se realiza, cuál es la finalidad y a quién acudir en caso de una duda.


5.2.2.1.1.3. Resultado: Es la etapa en la cual verificamos como equipo de mejoramiento continuo la brecha que hay entre lo que explicamos en la socialización y lo que comprendieron los socializados, a esa brecha la llamamos oportunidad de mejora y es a la que le realizamos en equipo un plan de mejora con puntos de control tanto en tiempo como en efectividad para verificar su cierre.

5.2.2.2 Selección de procesos: Permite a la SSYPS garantizar que la IPS/ESE del municipio está habilitada, es claro que el proceso seleccionado en esta ruta crítica es Habilitación de servicios, según lo solicita el Decreto 780 de 2016.

5.2.2.3. Priorización de procesos: Permite a la SSYPS garantizar que la IPS/ESE del municipio está habilitada, por ello el proceso priorizado en esta ruta crítica es Habilitación de servicios, según lo solicita el Decreto 780 de 2016.

5.2.2.4. Definición de Calidad Observada: La SSPYPS tiene una herramienta en excel donde se realiza el seguimiento tanto de los indicadores del PAMEC, con base en la herramienta de auditoría que aplicará a la ESE.

5.2.2.5. Medición inicial de Desempeño: La SSYPS verificará en sus archivos cuántas auditorías de calidad de servicios de salud adecuadamente sustentadas tiene de los años

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

anteriores, lo antes mencionado indica que las auditorías que se contabilicen y sus resultados tienen que demostrar que han sido realizadas con base en el cumplimiento apropiado de una ruta crítica y cuentan con todos los documentos que las sustentan.

5.2.2.6. Planeación de la Auditoría: La herramienta de trabajo -papeles de trabajo- debe tener una guía institucional que le permita conocer a todos los servidores públicos que la desarrollen -en cualquier tiempo o lugar- el paso a paso de su ejecución, describiendo punto por punto lo que solicita cada pregunta; toda información debe quedar reportada en cada espacio donde se escribe la respuesta.


5.3. Asesoría y Asistencia técnica: De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 39 del Decreto 1011 de 2006, corresponde asesorar a las EAPB y las IPS en el desarrollo de sus procesos de auditoría, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la población de la jurisdicción.

El Ente Territorial a debe conocer la situación epidemiológica de su red para con base en ella realizar los ajustes de la política de salud y dar asistencia técnica a las organizaciones de su jurisdicción en métodos y herramientas para el diseño e implantación del PAMEC de que tratan estas pautas, en cuanto a su intencionalidad y diferenciándolo de las auditorías de cuentas médicas, glosas, etc. No hay que olvidar que la finalidad de la auditoría solamente se cumple cuando se mejoran los resultados de la atención centrados en el paciente, para lo cual se habrá debido retroalimentar y direccionar a la organización en la mejora de los procesos claves de la atención que se hayan identificado como responsables de las fallas presentadas.

Es responsabilidad del Ente Territorial incentivar en las IPS la implementación articulada de los demás componentes del SOGC. Así mismo, es importante que se concierte la vigilancia a los eventos adversos trazadores a los que quiere hacerse seguimiento por el Sistema.

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Constitución Política de Colombia 1.991. Artículo 48: Derecho irrenunciable a la Seguridad Social.
- Ley 100 de 1993 Sistema General de Seguridad Social.
- Ley 715 de 2001 Recursos y competencias para la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- Ley 1122 de 2007 Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. ISBN: 978-958-98220-7-4. Ministerio de la Protección Social, 2007.

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud. ISBN: 958-97506-0-
- Ministerio de la Protección Social, 2007.
- Guía Práctica de la Preparación para la Acreditación en salud. ISBN: 978-958-98220-8-1. Ministerio de la Protección Social, 2007.
- Resolución 2181 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. explicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público. ESE.
- Ley 1438 de 2011 del. Reforma Sistema General de Seguridad Social en Salud
- . Resolución 4505 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia Registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
- Decreto 903 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución 2082 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud.
- Ley Estatutaria 1715 de 2015. Derecho fundamental a la salud.
- Resolución 1441 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.
- Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- Circular Externa 012 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. Adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud y el Sistema de Información para la Calidad.
- Decreto 616 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Modifica el Título 5 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en el sentido de incorporar la contribución solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 2294 de 2023 del Congreso de la República de Colombia. Plan Nacional de Desarrollo 2022 — 2026. "Colombia Potencia Mundial de la Vida".
- Resolución 100 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud.

 Alcaldía de Itagüí	GUÍA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	Código: GU-GS-01
		Versión: 01
		Fecha de Actualización: 18/02/2025

7. CONTROL DE LOS REGISTROS – INFORMACIÓN DOCUMENTADA

Código	Nombre	Responsable	Lugar de Almacenamiento	Recuperación	Protección	Tiempo de Retención	Disposición Final
FO-DE-01	Acta	Subsecretario (a) de Aseguramiento en salud y control.	Oficina de Subsecretaría de Aseguramiento y Control	PC-Subsecretario de Aseguramiento y Control	Archivos y carpetas de uso exclusivo de responsable	2 Años	Archivo Central
FO-DE-02	Control de Asistencia	Subsecretario (a) de Aseguramiento en salud y control.	Oficina de Subsecretaría de Aseguramiento y Control	PC-Subsecretario de Aseguramiento y Control	Archivos y carpetas de uso exclusivo de responsable		

8. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción del Cambio
01	30/10/2024	Creación del documento.

9. ANEXOS

No Aplica