

**Diseño de un programa de auditoría para evaluar el cumplimiento documental del
estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019 en el Grupo
Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo**

ANGIE LIZCANO

CLEIVER GALLEGO ROJAS

RAMIRO HERNANDO MORENO

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Auditoría de Salud**

Director

Miguel Angel Muñoz Avila

Magíster en Gestión Integral y Calidad

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias Económicas y Administrativas

Especialización en Auditoría de Salud

2026

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, quienes, con su afecto y esfuerzo, hicieron posible cada etapa de este proceso académico. A quienes siempre creyeron en nosotros, incluso cuando las jornadas fueron extensas y los desafíos parecían superar nuestras fuerzas.

A nuestros seres queridos, cuyas palabras de ánimo y presencia constante se convirtieron en una fuente de inspiración para avanzar y culminar este proceso.

A todos ellos, gracias por acompañarnos, motivarnos y recordarnos que los logros no se construyen en soledad, sino con el respaldo de quienes desean sinceramente nuestro bienestar.

Agradecimientos

A Dios, por darnos la fortaleza, salud y claridad para perseverar en cada etapa de este proceso académico.

A nuestras familias, quienes, con su apoyo incondicional, sus palabras de aliento y su comprensión, fueron el sustento emocional que necesitamos para avanzar, incluso en los momentos más exigentes. Su paciencia y confianza en nosotros fueron esenciales para culminar este trabajo.

A los docentes del programa académico, por su dedicación, acompañamiento y por compartir sus conocimientos con generosidad y compromiso. Cada enseñanza recibida aportó significativamente a nuestra formación profesional y al desarrollo de esta investigación.

A la ESE Hospital Local San Pablo, por facilitar el acceso a la información y permitir el desarrollo del proyecto en el servicio de hospitalización.

A todas las personas que, con cada gesto, por pequeño que haya sido, contribuyeron a que este proyecto fuera posible.

Contenido

1	Diseño de un Programa de Auditoría para Evaluar el Cumplimiento Documental.....	18
1.1	Planteamiento del problema	18
1.2	Justificación.....	20
1.3	Objetivos.....	22
1.3.1	Objetivo general	22
1.3.2	Objetivos específicos	22
2	Marco Referencial	23
2.1	Marco teórico	24
2.1.1	Auditoría en salud	24
2.1.2	Programa de auditoría y verificación documental	25
2.1.3	Calidad en salud y cumplimiento normativo	26
2.1.4	Gestión documental y trazabilidad.....	27
2.1.5	Mejoramiento continuo y ciclo PHVA	28
2.1.6	Seguridad del paciente y documentación institucional	29
2.1.7	Estándar de procesos prioritarios de la Resolución 3100 de 2019.....	29
2.2	Marco conceptual	30
2.3	Marco legal.....	36
2.4	Marco contextual.....	37
3	Método.....	47
3.1	Tipo y enfoque de investigación	47
4	Resultados.....	50

4.1	Fase 1. Identificación de los criterios del estándar de procesos prioritarios establecidos en la Resolución 3100 de 2019	50
4.1.1	Identificación de criterios aplicables a todos los servicios	52
4.1.2	Identificación de criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización	54
4.1.3	Consolidación y trazabilidad de los criterios normativos aplicables	55
4.1.4	Análisis integral de los criterios normativos identificados	61
4.2	Fase 2. Diseño del programa de auditoría	63
4.2.1	Diseño del programa de auditoría	65
4.2.2	Elaboración de la metodología de verificación.....	68
4.2.3	Construcción de la lista de chequeo.....	71
4.2.4	Aplicación del instrumento e identificación de desviaciones	74
4.2.5	Resultados de la aplicación de la auditoría	76
4.2.6	Hallazgo documental identificado	80
4.3	Fase 3. Formulación de estrategias de mejora orientadas al cierre de brechas	82
4.3.1	Matriz con estrategias para el cierre de brechas	84
4.3.2	Indicadores de seguimiento.....	88
4.3.3	Plan de seguimiento	91
4.3.4	Criterios para el cierre de la desviación.....	92
4.3.5	Formato propuesto para la presentación institucional del hallazgo y del plan de mejora	93
5	Conclusiones.....	95
6	Referencias	96

7	Apéndices	101
---	-----------------	-----

Lista de tablas

Tabla 1. Metodología de la investigación	48
Tabla 2. Clasificación de los criterios del estándar de procesos prioritarios aplicables al servicio de hospitalización.....	51
Tabla 3. Criterios de procesos prioritarios aplicables a todos los servicios.....	52
Tabla 4. Criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización	54
Tabla 5. Matriz de identificación de criterios generales aplicables a todos los servicios.....	56
Tabla 6. Matriz de identificación de criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización	59
Tabla 7. Correspondencia entre los criterios normativos y los ítems evaluables	66
Tabla 8. Categorías utilizadas para la valoración de los ítems	70
Tabla 9. Correspondencia cuantitativa entre los criterios normativos y los ítems de la lista de chequeo	72
Tabla 10. Distribución general de los resultados de la auditoría documental.....	77
Tabla 11. Resultados del cumplimiento documental por componente evaluado.....	78
Tabla 12. Hallazgo documental identificado durante la auditoría	80
Tabla 13. Matriz de estrategias para el cierre de la brecha	86
Tabla 14. Programación de actividades	91
Tabla 15. Formato para la revisión y validación institucional del hallazgo y del plan de mejora	94

Lista de figuras

Figura 1. Registro actual - prestadores	39
Figura 2. Consulta de registro REPS - Datos de la Sede ESE Hospital Local San Pablo	40
Figura 3. Consulta de registro REPS - Listado de servicios habilitados de la ESE Hospital Local San Pablo	41
Figura 4. Consulta de registro REPS - Detalle operativo del servicio de Hospitalización Adultos	42
Figura 5. Consulta de registro REPS - Capacidad instalada (Camas Adultos) de la ESE Hospital Local San Pablo	43
Figura 6. Consulta de registro REPS - Capacidad instalada (Camas Pediátricas) de la ESE Hospital Local San Pablo.....	44
Figura 7. Consulta de registro REPS - Medidas de seguridad de la ESE Hospital Local San Pablo	44
Figura 8. Consulta de registro REPS - Sanciones de la ESE Hospital Local San Pablo	46

Lista de apéndices

Apéndice A. Programa de auditoria	101
Apéndice B. Lista de chequeo aplicada y resultados de la auditoría documental del estándar de procesos prioritarios en el servicio de hospitalización	101
Apéndice C. Evidencia de aplicación de la auditoría.....	101
Apéndice D. Consolidado detallado de resultados de cumplimiento documental	101
Apéndice E. Matriz de hallazgo documental y plan de mejora	101

Resumen

El cumplimiento documental de los estándares de habilitación constituye un componente relevante para la organización, trazabilidad y mejoramiento continuo de los servicios de salud. El objetivo de esta investigación fue diseñar un programa de auditoría para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019 en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. Se desarrolló un estudio aplicado, descriptivo y de enfoque mixto, estructurado en tres fases. En la primera se identificaron y clasificaron los criterios normativos aplicables; en la segunda fase se diseñó el programa de auditoría y se realizó una aplicación controlada de la lista de chequeo para verificar su funcionalidad y obtener los resultados documentales y en la tercera fase se formularon estrategias de mejora orientadas al cierre de las brechas identificadas. Se identificaron 50 criterios normativos, operacionalizados en 68 ítems de evaluación. De los 55 ítems aplicables, 54 cumplieron y uno no cumplió, obteniéndose un cumplimiento documental del 98,18 %. La desviación identificada correspondió al criterio normativo 42.7, relacionado con el formato institucional del plan de cuidados de enfermería.

El programa de auditoría diseñado constituye una herramienta sistemática y trazable para apoyar la verificación documental, la identificación de brechas y la formulación de acciones de mejora, sin representar una certificación integral de habilitación ni una evaluación de la práctica clínica.

Palabras clave: auditoría en salud, cumplimiento documental, procesos prioritarios, habilitación en salud, hospitalización, gestión documental.

Abstract

Documentary compliance with health service licensing standards is an important component of the organization, traceability, and continuous improvement of healthcare services. The objective of this study was to design an audit program to evaluate documentary compliance with the Priority Processes Standard established in Resolution 3100 of 2019 in the Inpatient Group/Hospitalization Service of the ESE Hospital Local San Pablo. An applied, descriptive, mixed-methods study was conducted in three phases. In the first phase, the applicable regulatory criteria were identified and classified. In the second phase, the audit program was designed and the checklist was applied in a controlled manner to verify its functionality and obtain documentary compliance results. In the third phase, improvement strategies were proposed based on the identified gaps.

A total of 50 regulatory criteria were identified and organized into 68 assessment items. Of the 55 applicable items, 54 were compliant and one was non-compliant, resulting in a documentary compliance rate of 98.18%. The identified deviation corresponded to regulatory criterion 42.7, related to the institutional nursing care plan form.

The audit program provides a systematic tool for documentary verification, identification of gaps, and development of improvement actions. However, its results do not represent a comprehensive certification of compliance with health service licensing requirements or an assessment of clinical practice.

Keywords: healthcare audit, documentary compliance, priority processes, health service licensing, hospitalization, document management.

Glosario

Acción correctiva: medida formulada para intervenir la causa de una desviación identificada y evitar su repetición. En el proyecto, se relaciona con la revisión y actualización del documento institucional asociado al plan de cuidados de enfermería.

Acción preventiva: medida orientada a reducir la posibilidad de recurrencia de una brecha documental mediante actividades de control, revisión periódica, socialización, seguimiento y verificación.

Auditoría documental: proceso sistemático, objetivo y trazable mediante el cual se examina información documentada institucional para determinar su correspondencia con criterios normativos previamente definidos.

Auditoría en salud: proceso de evaluación organizado y documentado que compara evidencias institucionales con criterios establecidos, con el propósito de determinar el cumplimiento, identificar desviaciones y orientar acciones de mejoramiento (Álvarez, 2024).

Ciclo PHVA (Planear–Hacer–Verificar–Actuar): modelo de mejoramiento continuo que permite planificar acciones, ejecutarlas, verificar sus resultados y adoptar ajustes para fortalecer los procesos institucionales (ISO, 2015).

Cierre de brecha: condición alcanzada cuando la institución demuestra, mediante evidencia verificable, que las acciones de mejora fueron implementadas y que el requisito inicialmente incumplido satisface los criterios definidos.

Criterio de auditoría: requisito normativo, técnico o institucional utilizado como referente para comparar la evidencia examinada. En este estudio, los criterios se derivan del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019.

Cumple: categoría asignada cuando existe evidencia documental vigente, aprobado, pertinente, suficiente y disponible que demuestra integralmente el requisito evaluado.

Cumplimiento documental: grado en que la información institucional examinada permite demostrar que un requisito normativo se encuentra respaldado por documentos vigentes, aprobados, pertinentes, suficientes, identificables y disponibles.

Desviación documental: diferencia entre la condición documental esperada y la evidencia institucional encontrada durante la auditoría. No implica, por sí misma, una falla en la ejecución asistencial.

Documento institucional: información formal elaborada, aprobada y controlada por la organización para orientar sus procesos. Puede corresponder a políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas o informes.

Estándar de procesos prioritarios: conjunto de criterios de habilitación establecidos en la Resolución 3100 de 2019 relacionados con la gestión del riesgo, la seguridad del paciente, la adopción de prácticas seguras y la documentación de procesos generales y específicos de los servicios de salud.

Evidencia documental: soporte institucional verificable utilizado para sustentar la clasificación de un ítem de auditoría.

Evidencia objetiva: información comprobable, identificable y trazable que fundamenta un resultado de auditoría. En este estudio, la evidencia objetiva correspondió exclusivamente a documentación institucional.

Gestión documental: conjunto de actividades destinadas a elaborar, revisar, aprobar, identificar, actualizar, distribuir, conservar y retirar documentos institucionales.

Guía de práctica clínica: conjunto de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para orientar decisiones relacionadas con la atención en salud, con base en la mejor evidencia disponible (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2012).

Hallazgo de auditoría: resultado obtenido al comparar un criterio con la evidencia examinada. Puede corresponder a cumplimiento, incumplimiento o no aplicabilidad.

Hospitalización: servicio de salud en el que se brinda atención continua a personas que requieren permanencia institucional, vigilancia y cuidado por parte del equipo de salud (MinSalud, 2019).

Información documentada: conjunto de documentos que la institución debe elaborar, controlar y conservar para orientar sus procesos y demostrar el cumplimiento de requisitos.

Ítem evaluable: unidad operativa formulada a partir de un criterio normativo para permitir su verificación independiente mediante la lista de chequeo. Los 68 ítems utilizados en el estudio corresponden a la operacionalización de 50 criterios normativos.

Lista de chequeo: instrumento estructurado que organiza los ítems evaluables, la evidencia esperada, el soporte examinado, la categoría asignada y las observaciones derivadas de la auditoría.

Mejoramiento continuo: proceso sistemático mediante el cual una institución identifica brechas, formula acciones, verifica resultados y ajusta sus procesos de manera progresiva.

No aplica: categoría asignada cuando el ítem no corresponde a la oferta, modalidad, población o condiciones del servicio evaluado. Esta clasificación debe justificarse documentalmente.

No cumple: categoría asignada cuando no existe evidencia documental suficiente o cuando el soporte examinado no permite demostrar integralmente el requisito.

Plan de mejora: instrumento que organiza las acciones propuestas para intervenir una desviación e incluye responsables, plazos, indicadores, metas, evidencias y criterios de cierre.

Programa de auditoría: estructura organizada que integra el objetivo, alcance, criterios, responsables, recursos, cronograma, fuentes de evidencia, instrumentos, actividades y productos del ejercicio auditor.

Protocolo institucional: documento que establece lineamientos o procedimientos para orientar de manera estandarizada una actividad o proceso dentro de la institución.

Revisión documental: técnica de verificación mediante la cual se examinan documentos institucionales para establecer su existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad.

Seguridad del paciente: conjunto de principios, estructuras y acciones orientadas a reducir los riesgos asociados con la atención en salud. En este proyecto constituye un fundamento del

estándar evaluado, pero no una variable clínica medida directamente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Seguimiento: proceso periódico mediante el cual se verifica el avance de las acciones formuladas, el cumplimiento de los plazos y la disponibilidad de las evidencias requeridas.

Trazabilidad: capacidad para reconstruir la relación entre el numeral normativo, el criterio identificado, el ítem evaluable, la evidencia esperada, el soporte examinado y el resultado asignado.

Introducción

La calidad de la atención en salud depende, entre otros factores, de la organización de los procesos, la seguridad del paciente, la continuidad asistencial y la disponibilidad de información institucional trazable. Estas condiciones adquieren especial importancia en los servicios de hospitalización, donde intervienen profesionales de distintas disciplinas y se requiere coordinación permanente entre las actividades médicas, de enfermería, apoyo diagnóstico y gestión administrativa.

En Colombia, la Resolución 3100 de 2019 establece los procedimientos y condiciones para la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud. Entre sus componentes, el estándar de procesos prioritarios comprende criterios relacionados con la seguridad del paciente, la gestión de riesgos, la adopción de guías y protocolos, la continuidad del cuidado y la documentación de las actividades generales y específicas de cada servicio. En consecuencia, su verificación permite establecer si los procesos institucionales se encuentran respaldados por información vigente, aprobada, pertinente, suficiente y disponible.

En la ESE Hospital Local San Pablo se identificó la necesidad de disponer de un programa de auditoría específicamente estructurado para evaluar el cumplimiento documental de este estándar en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización. Aunque la institución contaba con políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, formatos y otros soportes, no disponía de una herramienta unificada que relacionara cada requisito normativo con la evidencia esperada, el documento examinado, el resultado de la evaluación y las acciones necesarias frente a posibles desviaciones.

Por esta razón, el objetivo de la investigación fue diseñar un programa de auditoría para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019 y apoyar la toma de decisiones orientadas al cierre de las brechas identificadas. El alcance se limitó a verificar la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad de la documentación institucional. Por tanto, no comprendió la revisión de historias clínicas, la observación de procedimientos asistenciales, la medición de la adherencia del personal ni la evaluación de resultados clínicos. Esta delimitación se mantiene de manera consistente en el planteamiento del problema, los objetivos, el método y los resultados del documento.

Metodológicamente, el estudio fue aplicado, descriptivo y de enfoque mixto. Se desarrolló en tres fases: identificación y clasificación de los criterios normativos aplicables; estructuración del programa de auditoría, elaboración de la lista de chequeo y aplicación controlada del instrumento; y formulación de estrategias de mejora frente a las brechas demostradas. En total, se identificaron 50 criterios normativos, correspondientes a 34 criterios generales y 16 específicos, posteriormente operacionalizados en 68 ítems evaluables.

La aplicación de la lista de chequeo permitió clasificar 54 ítems como Cumple, uno como No cumple y 13 como No aplica. Sobre los 55 ítems aplicables, el cumplimiento documental alcanzó el 98,18 %. La única desviación correspondió al criterio 42.7, relacionado con el formato institucional del plan de cuidados de enfermería. A partir de este resultado se formularon acciones para su revisión, actualización, aprobación, control, socialización, disponibilidad y seguimiento.

El estudio aporta una herramienta sistemática y trazable para relacionar los requisitos normativos con la evidencia institucional, consolidar los resultados y orientar el mejoramiento

documental. Sin embargo, sus resultados no constituyen una certificación integral de habilitación ni permiten inferir el cumplimiento de la práctica clínica.

El documento se organiza en cinco capítulos. El primero presenta el problema, la justificación y los objetivos; el segundo desarrolla el marco referencial; el tercero expone el método; el cuarto presenta los resultados de las tres fases; y el quinto reúne las conclusiones derivadas del alcance y de los objetivos formulados. Esta estructura coincide con la organización general registrada en el contenido del trabajo.

1 Diseño de un Programa de Auditoría para Evaluar el Cumplimiento Documental del Estándar de Procesos Prioritarios Establecido en la Resolución 3100 de 2019 en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo

1.1 Planteamiento del problema

El cumplimiento del estándar de procesos prioritarios constituye una condición esencial para la habilitación y el mejoramiento continuo de los servicios de salud. En el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo, este estándar exige disponer de políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas e informes institucionales que orienten de manera documentada las actividades relacionadas con la seguridad del paciente y la prestación del servicio.

Aunque la institución cuenta con documentación asociada a sus procesos prioritarios, no se disponía de un programa de auditoría específicamente estructurado para verificar, de manera sistemática y trazable, la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y

disponibilidad de los soportes exigidos por la Resolución 3100 de 2019. Esta situación limitaba la posibilidad de consolidar objetivamente el nivel de cumplimiento documental, identificar brechas y orientar acciones de mejora sustentadas en evidencia.

La ausencia de un instrumento unificado también dificultaba relacionar cada criterio normativo con el documento institucional esperado, la evidencia efectivamente examinada y el resultado de la verificación. En consecuencia, la institución no contaba con una ruta metodológica que permitiera organizar los criterios aplicables, operacionalizarlos en unidades verificables, registrar las evidencias documentales y establecer mecanismos para el tratamiento y seguimiento de las desviaciones identificadas.

El problema de investigación no se relacionó con la medición de la adherencia del personal, la revisión de historias clínicas ni la observación de la ejecución de procedimientos asistenciales. Estas actividades habrían correspondido a una auditoría de práctica clínica distinta del alcance definido. El estudio se concentró exclusivamente en la verificación de la información documentada institucional vinculada con el estándar de procesos prioritarios.

En términos metodológicos, el problema comprendió tres elementos articulados: la identificación de los criterios normativos aplicables al servicio de hospitalización, la estructuración de un programa de auditoría documental y la formulación de estrategias de mejora frente a las desviaciones demostradas. Esta secuencia permitió vincular la fuente normativa con los soportes institucionales, los resultados de la auditoría y las acciones propuestas para el cierre de brechas.

En este contexto, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿De qué manera puede diseñarse un programa de auditoría para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019 en el Grupo

Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo y apoyar la toma de decisiones orientadas al cierre de las brechas identificadas?

La respuesta a esta pregunta permitió estructurar una herramienta sistemática para identificar los criterios aplicables, verificar la documentación institucional, consolidar el nivel de cumplimiento documental y formular acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas. De esta manera, el proyecto respondió a la necesidad institucional de contar con un mecanismo técnico, organizado y trazable que apoyara la gestión documental y el mejoramiento continuo del servicio.

1.2 Justificación

La verificación del cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios es relevante para las instituciones prestadoras de servicios de salud, porque permite establecer si los procesos se encuentran respaldados por políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos y demás documentos institucionales vigentes, aprobados y disponibles. Estos soportes constituyen referentes para organizar los procesos, gestionar los riesgos y demostrar el cumplimiento de las condiciones de habilitación.

En el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo se identificó la necesidad de contar con un programa de auditoría específicamente orientado a organizar y verificar los criterios del estándar de procesos prioritarios. Antes del desarrollo del proyecto no se disponía de una herramienta integral que relacionara cada requisito normativo con la evidencia documental esperada, el soporte institucional examinado, la categoría de evaluación y las acciones requeridas frente a posibles desviaciones.

La estructuración del programa de auditoría permitió atender esta necesidad mediante una secuencia metodológica compuesta por la identificación de 50 criterios normativos, su operacionalización en 68 ítems evaluables, la construcción de una lista de chequeo, la aplicación de una metodología de revisión documental y la consolidación de los resultados. Esta organización facilitó la trazabilidad entre la Resolución 3100 de 2019, los documentos institucionales y el resultado asignado a cada ítem.

Desde el punto de vista institucional, el proyecto proporciona una herramienta para apoyar la toma de decisiones, priorizar acciones de actualización documental y realizar seguimiento a las brechas identificadas. El programa también puede ser utilizado en verificaciones posteriores, siempre que se actualice frente a cambios normativos, modificaciones en la oferta del servicio o variaciones en los documentos institucionales.

En el ámbito metodológico, la propuesta aporta un instrumento estructurado y reproducible para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios. La diferenciación entre los 50 criterios normativos y los 68 ítems operativos permite examinar de manera independiente las distintas condiciones contenidas en algunos requisitos, sin modificar su sentido ni adicionar exigencias diferentes de las establecidas en la norma.

Desde la perspectiva académica, el estudio articula el análisis normativo, la auditoría en salud, la gestión documental y el mejoramiento continuo en un contexto institucional específico. Su aporte no consiste en evaluar la práctica clínica ni la adherencia del personal, sino en desarrollar una ruta técnica para identificar, revisar y fortalecer los soportes documentales vinculados con los procesos prioritarios.

La investigación también resulta pertinente porque transforma los resultados de la auditoría en acciones concretas de mejora. La desviación documental identificada permitió

formular responsables, plazos, indicadores, evidencias de seguimiento y criterios para el cierre de la brecha. No obstante, la formulación del plan no implica que las acciones hayan sido implementadas ni que el hallazgo se encuentre cerrado, puesto que su ejecución corresponde a la institución.

En síntesis, el proyecto se justifica por su utilidad institucional, metodológica y académica. El programa diseñado permite evaluar de manera sistemática el cumplimiento documental, fortalecer la trazabilidad de los criterios normativos y orientar decisiones relacionadas con la actualización, aprobación, disponibilidad y seguimiento de la información institucional exigida por el estándar de procesos prioritarios.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Diseñar un programa de auditoría para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019, aplicable al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo, con el fin de apoyar la toma de decisiones institucionales orientadas al cierre de las brechas identificadas.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar los criterios del estándar de procesos prioritarios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 aplicables al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo.

- Estructurar un programa de auditoría mediante la definición del objetivo, el alcance, los criterios de evaluación, el instrumento de verificación y la metodología para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios.
- Proponer estrategias de mejora orientadas al cierre de las brechas documentales identificadas mediante la aplicación controlada de la lista de chequeo.

2 Marco Referencial

El marco referencial integra los fundamentos teóricos, conceptuales, legales y contextuales que sustentan el diseño del programa de auditoría documental en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. Su desarrollo articula la auditoría en salud, la gestión documental, el cumplimiento normativo, la trazabilidad y el mejoramiento continuo.

El capítulo se concentra en el estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019. Por tanto, aborda la verificación de documentos institucionales vigentes, aprobados, pertinentes, suficientes y disponibles, sin incluir historias clínicas, observación de procedimientos asistenciales ni evaluación de la adherencia del personal.

Su finalidad es orientar la identificación de los criterios aplicables, la estructuración del programa, la construcción de la lista de chequeo y la interpretación de los resultados. Para ello, se organiza en cuatro apartados: marco teórico, marco conceptual, marco legal y marco contextual.

2.1 Marco teórico

2.1.1 Auditoría en salud

La auditoría en salud constituye un proceso sistemático, documentado y objetivo orientado a comparar una situación institucional con criterios previamente definidos, identificar desviaciones y generar información útil para el mejoramiento continuo. En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, esta función permite verificar el cumplimiento de requisitos normativos, analizar evidencias y orientar acciones correctivas y preventivas frente a las brechas encontradas (Bernal, 2006; Álvarez, 2024).

Su aplicación puede abarcar procesos clínicos, administrativos, organizacionales o documentales, dependiendo del objetivo y del alcance establecidos. Por esta razón, todo programa de auditoría debe definir con precisión qué se evaluará, cuáles serán los criterios de referencia, qué evidencias se admitirán y cuáles actividades quedarán excluidas. Esta delimitación evita que la auditoría se extienda a aspectos que no fueron contemplados en su diseño metodológico.

En la presente investigación, la auditoría se circunscribe a la verificación documental del estándar de procesos prioritarios. En consecuencia, el análisis se concentra en la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad de políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas e informes institucionales.

El programa no comprende la revisión de historias clínicas, registros individuales de pacientes, observación de procedimientos asistenciales ni medición de la adherencia del personal. Estas actividades corresponderían a una auditoría clínica o de ejecución asistencial diferente del alcance definido para el estudio.

Desde esta perspectiva, la auditoría documental permite relacionar cada criterio normativo con la evidencia institucional esperada, el soporte efectivamente revisado y el resultado de la

verificación. Su utilidad radica en proporcionar una ruta sistemática para determinar el cumplimiento, identificar desviaciones documentales y formular acciones de mejora sustentadas en evidencia objetiva.

2.1.2 Programa de auditoría y verificación documental

Un programa de auditoría organiza de manera articulada el objetivo, el alcance, los criterios de evaluación, los responsables, los recursos, el cronograma, las fuentes de evidencia, los instrumentos y las actividades necesarias para desarrollar la verificación. Su función es proporcionar una estructura técnica que permita ejecutar el ejercicio auditor de manera ordenada, reproducible y trazable.

En una auditoría documental, la evidencia está constituida por información institucional susceptible de ser identificada y examinada. No basta con constatar la existencia física de un documento; también debe verificarse si se encuentra vigente, aprobado, disponible, relacionado con el requisito evaluado y suficientemente desarrollado para demostrar su cumplimiento.

La revisión documental exige una secuencia de trazabilidad que permita vincular de manera lógica y verificable el criterio normativo con el resultado de la auditoría. En este proceso, cada disposición aplicable se transforma en un requisito evaluable, al cual se asocia una evidencia documental esperada. Posteriormente, dicha expectativa se contrasta con el documento institucional efectivamente examinado, considerando su existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad. Finalmente, esta comparación sustenta la clasificación del resultado y garantiza que las conclusiones no dependan de apreciaciones subjetivas, sino de evidencias objetivas, identificables y reproducibles. En consecuencia, la trazabilidad se estructura mediante la relación entre criterio normativo, requisito evaluable, evidencia esperada, documento

examinado y resultado, lo que fortalece la transparencia del proceso auditor y facilita la revisión posterior de cada decisión adoptada.

Esta relación permite sustentar las categorías asignadas y disminuye el riesgo de emitir conclusiones basadas únicamente en afirmaciones verbales o apreciaciones subjetivas. Las consultas a los responsables institucionales pueden utilizarse para precisar la ubicación, denominación, vigencia o finalidad de un documento, pero no reemplazan la ausencia de evidencia documental.

En el proyecto, el programa se estructuró a partir de 50 criterios normativos identificados en la Resolución 3100 de 2019. Debido a que algunos criterios generales contenían varias condiciones verificables, se operacionalizaron en 68 ítems. Esta desagregación no modificó el sentido de la norma ni incorporó requisitos adicionales; permitió verificar separadamente las condiciones documentales contenidas en determinados criterios.

2.1.3 Calidad en salud y cumplimiento normativo

La calidad en salud se relaciona con la capacidad institucional para organizar sus procesos de manera segura, oportuna, efectiva y coherente con los requisitos aplicables. En este marco, el cumplimiento normativo constituye una condición básica para demostrar que la institución dispone de mecanismos formales orientados a gestionar los riesgos asociados con la prestación de los servicios.

Los estándares de habilitación representan requisitos mínimos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Su verificación permite establecer si la institución cuenta con los elementos documentales, organizacionales y técnicos exigidos para respaldar sus procesos. Sin

embargo, el cumplimiento documental no debe confundirse con la ejecución efectiva de las actividades ni con los resultados clínicos alcanzados.

La existencia de un protocolo, por ejemplo, demuestra que la institución dispone de un lineamiento formal, pero no permite concluir por sí sola que el personal lo aplica de manera constante. Por esta razón, el presente estudio limita sus conclusiones a la documentación institucional revisada y no formula afirmaciones sobre la práctica clínica, la adherencia o el desempeño asistencial.

La evaluación documental aporta al sistema de calidad porque permite identificar documentos ausentes, desactualizados, insuficientes o sin aprobación formal. Estas brechas pueden afectar la capacidad institucional para estandarizar los procesos, conservar la trazabilidad y demostrar el cumplimiento ante auditorías internas o externas.

2.1.4 Gestión documental y trazabilidad

La gestión documental comprende las actividades relacionadas con la elaboración, revisión, aprobación, identificación, actualización, distribución, conservación y retiro de los documentos institucionales. En el contexto de la auditoría, estos elementos son esenciales para determinar si la evidencia examinada es válida y suficiente.

Un documento institucional debe permitir identificar, según corresponda: nombre; código; versión; fecha de aprobación; vigencia; dependencia responsable; estado de actualización; mecanismos de disponibilidad y control.

La trazabilidad documental permite reconstruir la relación entre el requisito normativo y la evidencia utilizada para demostrar su cumplimiento. Esta característica facilita la revisión

posterior de los resultados y permite identificar con precisión el soporte que sustentó cada clasificación.

En este estudio, la trazabilidad se estableció mediante la correspondencia entre los 50 criterios normativos, los 68 ítems evaluables, la evidencia documental esperada, el documento institucional examinado y la categoría asignada. Este procedimiento permitió diferenciar los ítems que cumplían, los que no cumplían y aquellos que no resultaban aplicables según la oferta, modalidad, población o condiciones del servicio.

2.1.5 Mejoramiento continuo y ciclo PHVA

La auditoría se articula con el enfoque de mejoramiento continuo representado por el ciclo PHVA: planear, hacer, verificar y actuar. Este modelo permite organizar las acciones institucionales desde la identificación de una necesidad hasta el seguimiento de las medidas formuladas para intervenirla (ISO, 2015).

En la etapa de planear se determinan los criterios, el alcance, los responsables, las fuentes de evidencia y el instrumento de auditoría. En hacer se aplica la lista de chequeo y se revisa la documentación institucional. En verificar se consolidan los resultados, se identifican las desviaciones y se analizan sus posibles causas. En actuar se formulan medidas correctivas y preventivas orientadas al cierre de las brechas.

En la presente investigación, la Fase 3 se relaciona con esta última etapa, debido a que transforma el hallazgo documental en un plan de mejora compuesto por acciones, responsables, plazos, indicadores, metas, evidencias y criterios de cierre. No obstante, la formulación del plan no significa que las acciones hayan sido implementadas ni que la desviación se encuentre cerrada.

La verificación del cierre requerirá una aplicación posterior del programa y la presentación de evidencias que demuestren la actualización, aprobación, disponibilidad y control del documento intervenido.

2.1.6 Seguridad del paciente y documentación institucional

La seguridad del paciente constituye un componente central de la calidad en salud y se relaciona con la prevención y reducción de riesgos asociados con la atención. Los documentos institucionales, como protocolos, procedimientos, guías e instructivos, proporcionan referentes para estandarizar los procesos y orientar la gestión de dichos riesgos (OMS, 2021).

No obstante, desde el alcance de esta investigación, la relación entre documentación y seguridad del paciente debe interpretarse con prudencia. La auditoría permite establecer si la institución dispone de soportes documentales para orientar los procesos, pero no demuestra que dichos documentos se apliquen de manera efectiva ni que hayan producido determinados resultados clínicos.

Por tanto, las brechas identificadas se analizan como riesgos potenciales de carácter documental. Un formato desactualizado, por ejemplo, puede limitar la estandarización, la claridad y la trazabilidad de la información, pero la revisión documental no permite concluir que haya generado daños, errores asistenciales o incumplimientos individuales.

Esta delimitación mantiene la coherencia entre el marco teórico, el método, los resultados y las conclusiones del proyecto.

2.1.7 Estándar de procesos prioritarios de la Resolución 3100 de 2019

La Resolución 3100 de 2019 establece los procedimientos y las condiciones para la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud en Colombia. Dentro de sus disposiciones se incluyen los estándares mínimos que deben cumplir las instituciones para

gestionar los riesgos asociados con la prestación de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2019).

El estándar de procesos prioritarios comprende requisitos relacionados con la seguridad del paciente, la gestión de eventos adversos, la prevención de infecciones, el uso seguro de medicamentos, la adopción de guías y protocolos, la referencia de pacientes y la documentación de actividades específicas de cada servicio.

Para el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización, la investigación identificó 34 criterios generales y 16 criterios específicos. Los primeros corresponden a requisitos aplicables a todos los servicios, mientras que los segundos se relacionan con actividades propias de la hospitalización, entre ellas el ingreso y egreso, la ronda médica, las interconsultas, la entrega de turnos, el control de líquidos, el plan de cuidados de enfermería y la administración de medicamentos.

El programa de auditoría permitió transformar estos criterios en unidades verificables y establecer la evidencia institucional esperada para cada uno. En consecuencia, la Resolución 3100 de 2019 funcionó como criterio normativo de referencia para la construcción de la lista de chequeo y la clasificación del cumplimiento documental.

2.2 Marco conceptual

El marco conceptual delimita las categorías empleadas para diseñar, aplicar e interpretar el programa de auditoría documental del estándar de procesos prioritarios en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. En coherencia con el alcance del estudio, estas categorías se orientan a la verificación de información institucional y

no comprenden la revisión de historias clínicas, la observación de procedimientos asistenciales ni la medición de la adherencia del personal.

La auditoría en salud se concibe como un proceso sistemático, objetivo y documentado mediante el cual se comparan evidencias institucionales con criterios previamente establecidos, con el propósito de determinar el cumplimiento, identificar desviaciones y orientar el mejoramiento continuo (Álvarez, 2024; Mejía, 2023). Su aplicación puede abarcar componentes clínicos, administrativos o documentales; sin embargo, en esta investigación se restringe al examen de los soportes institucionales relacionados con el estándar evaluado.

En este contexto, el programa de auditoría corresponde a la estructura que articula objetivos, alcance, criterios, responsabilidades, recursos, actividades, fuentes de evidencia, instrumentos, cronograma y productos. Por consiguiente, se diferencia de la lista de chequeo, dado que esta última constituye un instrumento operativo para registrar y valorar los requisitos. Esta organización responde a los principios de planificación, verificación y mejoramiento promovidos por las guías nacionales de auditoría de la calidad y por el ciclo PHVA (ISO, 2015; Ministerio de la Protección Social, 2007).

La auditoría documental es la modalidad mediante la cual se verifica la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia, identificación y disponibilidad de la información institucional. Su finalidad consiste en establecer si los documentos examinados permiten demostrar el requisito normativo, sin asumir que su contenido se aplica efectivamente en la práctica. En consecuencia, la presencia de un protocolo, procedimiento o formato evidencia la disponibilidad de un referente formal, pero no acredita por sí sola la adherencia del talento humano ni los resultados asistenciales.

A partir de esta delimitación, el cumplimiento documental expresa el grado en que la evidencia revisada respalda integralmente un requisito mediante documentos vigentes, aprobados, pertinentes, suficientes y disponibles. Este concepto no equivale a cumplimiento clínico, pues la auditoría y la retroalimentación pueden incidir en la práctica profesional, pero requieren mecanismos adicionales para valorar comportamientos y resultados en salud (Ivers et al., 2012; Kristensen et al., 2022). Por tanto, los resultados del proyecto no constituyen una certificación integral de habilitación ni una evaluación directa de la atención clínica.

El criterio de auditoría es el requisito normativo, técnico o institucional utilizado como referente para contrastar la evidencia. En este estudio, los criterios se derivaron del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019, el cual comprende disposiciones relacionadas con la gestión de riesgos, la seguridad del paciente, la adopción de prácticas seguras y la documentación de los procesos generales y específicos de los servicios de salud (MinSalud, 2019).

Para facilitar su verificación, los criterios se transformaron en ítems evaluables, entendidos como unidades operativas que permiten examinar de manera independiente cada condición normativa. Así, los 50 criterios identificados —34 generales y 16 específicos— fueron operacionalizados en 68 ítems. Esta desagregación no incorporó exigencias adicionales, sino que permitió verificar separadamente los componentes documentales contenidos en algunos criterios.

La evaluación de cada ítem exigió definir la evidencia documental esperada, que podía corresponder a políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas, informes o listados maestros. A su vez, la evidencia objetiva se entendió como la información comprobable, identificable y trazable utilizada para fundamentar el

resultado de la auditoría. En consecuencia, las afirmaciones verbales y los registros fotográficos podían contextualizar la actividad desarrollada, pero no sustituían la ausencia de los documentos requeridos.

Estas evidencias forman parte de la información documentada, es decir, del conjunto de soportes que la institución elabora, aprueba, conserva y controla para orientar sus procesos y demostrar el cumplimiento de los requisitos. Su adecuada gestión permite identificar la versión vigente, la fecha de aprobación, la dependencia responsable y los mecanismos de disponibilidad. En este sentido, la gestión documental comprende las actividades de elaboración, revisión, aprobación, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos, con el propósito de evitar el uso de versiones obsoletas y garantizar la integridad de la información institucional.

La relación entre los componentes del proceso se establece mediante la trazabilidad, entendida como la capacidad de reconstruir el vínculo entre la norma, el criterio identificado, el ítem evaluable, la evidencia esperada, el documento examinado y el resultado asignado. Esta secuencia fortalece la transparencia del ejercicio auditor, facilita su reproducción y disminuye la posibilidad de emitir conclusiones sustentadas en apreciaciones subjetivas.

De acuerdo con la evidencia examinada, cada ítem se clasificó como Cumple, No cumple o No aplica. La primera categoría se asignó cuando el documento demostró integralmente el requisito y cumplió las condiciones de vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad. La segunda se utilizó cuando la evidencia era inexistente o insuficiente. Finalmente, la categoría *No aplica* correspondió a los requisitos que no guardaban relación con la oferta, modalidad, población o condiciones del servicio y, por ello, exigió una justificación documental explícita.

La diferencia entre la condición esperada y la evidencia encontrada constituyó una desviación documental. Esta categoría representa una brecha en la existencia, actualización, aprobación, suficiencia o disponibilidad del soporte evaluado, pero no demuestra por sí misma una falla clínica. En el proyecto, la única desviación estuvo relacionada con el formato institucional del plan de cuidados de enfermería, cuyo estado y contenido no permitieron acreditar integralmente el requisito. Por consiguiente, el resultado no autoriza a concluir que el personal omitiera la planificación o ejecución del cuidado.

El hallazgo de auditoría corresponde al resultado documentado de la comparación entre el criterio y la evidencia examinada. Cuando el hallazgo refleja incumplimiento, puede dar lugar a una acción correctiva, orientada a intervenir la causa de la desviación, y a una acción preventiva, destinada a reducir la probabilidad de recurrencia mediante controles como la revisión periódica, la gestión de versiones, la socialización y el seguimiento documental.

Estas acciones se integran en un plan de mejora, definido como el instrumento que organiza responsables, plazos, indicadores, metas, evidencias y criterios de cierre. Sin embargo, su formulación no demuestra que las acciones hayan sido ejecutadas ni que el hallazgo se encuentre subsanado. La implementación y verificación corresponden a la institución, de acuerdo con los principios de auditoría para el mejoramiento de la calidad (Ministerio de la Protección Social, 2007).

El plan se articula con el mejoramiento continuo, entendido como un proceso sistemático de identificación de brechas, formulación de acciones, verificación de resultados y ajuste institucional. Este enfoque se sustenta en el ciclo PHVA —planear, hacer, verificar y actuar—,

mediante el cual la auditoría trasciende la identificación del incumplimiento y conduce a medidas verificables y revisiones posteriores de su efectividad (ISO, 2015).

Asimismo, la seguridad del paciente se reconoce como el conjunto de políticas, estructuras y acciones dirigidas a reducir los riesgos y daños evitables asociados con la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). En este estudio constituye un fundamento del estándar de procesos prioritarios, pero no una variable clínica evaluada directamente. Por esta razón, las brechas identificadas se interpretaron como riesgos potenciales de carácter documental y no como evidencia de eventos adversos o daños efectivos.

El ámbito de aplicación fue la hospitalización, entendida como el servicio que proporciona atención continua a personas que requieren permanencia institucional, vigilancia y cuidado por parte del equipo de salud. En este escenario, los documentos institucionales contribuyen a estandarizar los procesos y delimitar responsabilidades; no obstante, su disponibilidad no demuestra automáticamente la ejecución uniforme de las prácticas previstas.

Finalmente, el cierre de la brecha se alcanza cuando la institución acredita, mediante evidencia verificable, que las acciones de mejora fueron implementadas y que el requisito inicialmente incumplido satisface las condiciones definidas. En este proyecto, dicho cierre requerirá actualizar y aprobar el formato institucional, controlar la versión anterior, socializar la nueva versión, garantizar su disponibilidad y reaplicar el ítem correspondiente. Solo cuando esta verificación obtenga la clasificación *Cumple* y sea validada institucionalmente podrá declararse cerrada la desviación.

2.3 Marco legal

La elaboración de esta investigación se fundamenta en el marco jurídico colombiano que regula la estructuración del sistema sanitario, la salvaguarda de la calidad en la provisión de servicios y la protección del paciente.

Inicialmente, el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia estipula que la atención sanitaria es un servicio público responsabilidad del Estado y que todos los individuos tienen derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, indica que es responsabilidad estatal la organización, dirección y regulación de la provisión de servicios sanitarios en base a principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (Constitución Política de Colombia [Const], 1991).

Posteriormente, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), estableciendo el marco institucional para la prestación de los servicios de salud en el país y definiendo principios orientados a garantizar la calidad, eficiencia y accesibilidad en la atención sanitaria (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En materia de calidad, el Decreto 1011 de 2006 creó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), el cual está compuesto por cuatro componentes principales: habilitación de servicios de salud, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema de información para la calidad y acreditación en salud. Este sistema busca garantizar que las instituciones prestadoras de servicios de salud desarrollen procesos orientados a la mejora continua y a la seguridad del paciente (Presidente de la República de Colombia, 2006).

Posteriormente, el Decreto 780 de 2016, conocido como el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, compiló la normatividad vigente relacionada con la organización del sistema de

salud, incluyendo las disposiciones relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Presidente de la República de Colombia, 2016).

Asimismo, la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud, reconoce la salud como un derecho fundamental autónomo y establece la obligación del Estado de garantizar servicios de salud seguros, oportunos y de calidad para toda la población (Congreso de Colombia, 2015).

Finalmente, la Resolución 3100 de 2019 define las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud en Colombia, estableciendo estándares específicos relacionados con infraestructura, talento humano, dotación, procesos prioritarios, entre otros. La resolución constituye el principal referente normativo para evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en los servicios hospitalarios, incluyendo el servicio de hospitalización (MinSalud, 2019).

2.4 Marco contextual

La ESE Hospital Local San Pablo está ubicada en el municipio de San Pablo, al sur del departamento de Bolívar, en la región del Magdalena Medio. La institución forma parte de la red pública hospitalaria departamental y atiende población urbana y rural del municipio y de áreas cercanas. De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación, para 2024 San Pablo registraba una población aproximada de 29.770 habitantes, condición que permite dimensionar el entorno territorial en el que opera la entidad (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2024).

La institución funciona como prestador público de servicios de salud y desarrolla actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, urgencias,

consulta externa y hospitalización. Según la información consultada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la sede principal se encuentra registrada con el código 1367000076-01 y está localizada en la carrera 16 n.º 16-68, en la zona urbana del municipio (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2026).

El REPS reporta 22 servicios habilitados, entre ellos medicina general, enfermería, odontología, urgencias, transporte asistencial básico, atención del parto, apoyo diagnóstico y hospitalización. Esta oferta permite caracterizar el perfil institucional y ubicar el servicio examinado dentro de la estructura asistencial de la ESE. No obstante, la información registral describe las condiciones reportadas por el prestador y no constituye, por sí sola, evidencia del cumplimiento integral de los estándares de habilitación (MinSalud, 2026).

El ámbito específico de la investigación fue el servicio de Hospitalización Adultos, identificado en el REPS con el código 129. Este servicio opera en modalidad intramural y registra disponibilidad continua durante los siete días de la semana. Asimismo, aparece asociado con la modalidad de teleexperticia como prestador remitir. Estos datos permiten delimitar las características operativas del servicio, aunque no aportan información suficiente para valorar su desempeño, suficiencia o resultados asistenciales (MinSalud, 2026).

En cuanto a la capacidad instalada, el registro consultado informa seis camas para hospitalización de adultos y tres camas pediátricas, para un total de nueve camas de internación en la sede principal. Esta información se incorpora únicamente como elemento descriptivo del contexto institucional, puesto que el estudio no analizó ocupación hospitalaria, demanda, estancia promedio, productividad ni suficiencia de la infraestructura.

Por otra parte, la consulta del REPS realizada el 6 de enero de 2026 no mostró registros visibles de medidas de seguridad ni sanciones contra la institución. Este resultado debe interpretarse de manera limitada, ya que refleja únicamente la información disponible en la fecha de consulta y no demuestra el cumplimiento total de las obligaciones regulatorias ni excluye actuaciones correspondientes a otros periodos (MinSalud, 2026). Como punto de partida para la caracterización institucional, la Figura 1 muestra la interfaz general de consulta del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud utilizada para localizar la información pública de la ESE Hospital Local San Pablo.

Figura 1.

Registro actual - prestadores

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC NI 829000940 - 6 Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica Pública Prestadores acreditados en salud DATOS GENERALES DEL PRESTADOR Departamento Bolívar Municipio SAN PABLO Código de Prestador 1367000076 - 01 Nombre del Prestador ESE HOSPITAL LOCAL SAN PABLO Clase de Prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS Empresa Social del Estado SI Dirección CARRERA 6 N° 18 - 68 Teléfono(s) 314244283-3103019318 Fax Correo Electrónico contactenos@esehisp-bolivar.gov.co Razón Social E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO Representante Legal OSCAR JAVIER SOLORIZANO ARGUELLES Nivel Atención Prestador 1 Carácter Territorial MUNICIPAL Fecha de Inscripción 20030325 Fecha de Vencimiento 20260831 Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:39 a.m.)					

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

La sede principal de la ESE Hospital Local San Pablo aparece registrada con el código 1367000076-01 y se encuentra ubicada en la zona urbana del municipio, en la Carrera 16 n.º 16-

68. La Figura 2 presenta los datos de identificación y localización de la sede reportados en el REPS.

Figura 2.

Consulta de registro REPS - Datos de la Sede ESE Hospital Local San Pablo

REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT/CC	829000940 - 6				
Naturaleza Jurídica	Pública				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento	Bolívar	Municipio	SAN PABLO		
Código de Prestador	1367000076 - 01				
Nombre del Prestador	ESE HOSPITAL LOCAL SAN PABLO				
Clase de Prestador	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Carácter Territorial	MUNICIPAL		
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	1		
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	Bolívar	Municipio	SAN PABLO		
Código de la Sede	1367000076 - 01	Sede principal	SI		
Nombre de la Sede	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO				
Gerente	OSCAR JAVIER SOLORZANO ARGUELLES	Zona	URBANA		
Dirección	CRA # 16-68	Barrio			
Centro poblado	SAN PABLO	Fax			
Teléfono(s)	7 6236598-3174049558	Correo Electrónico	contactenos@esehlsp-		
Fecha de Apertura	20030325				

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:40 a.m.)

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

La consulta registral también muestra la oferta de servicios reportada por la institución. De acuerdo con la información incorporada en el documento, la ESE registra 22 servicios habilitados, entre los que se encuentran consulta externa, medicina general, odontología, enfermería, urgencias, transporte asistencial básico, atención del parto, apoyo diagnóstico y hospitalización.

Esta información permite describir el perfil institucional y contextualizar el servicio objeto de estudio. Sin embargo, el registro de un servicio en el REPS no demuestra por sí solo el

cumplimiento actual e integral de cada uno de los criterios documentales examinados en esta investigación. La Figura 3 presenta el listado de los servicios habilitados que aparecían registrados para la sede principal de la ESE Hospital Local San Pablo en la fecha de consulta.

Figura 3.

Consulta de registro REPS - Listado de servicios habilitados de la ESE Hospital Local San Pablo

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:40 a.m.)						
Excel	Word	Texto				
(22) registros encontrados.						
1						
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0164328
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0164329
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	312 -ENFERMERÍA	DHSS0164330
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	320 -GINECOBSTERECIA	DHSS0164331
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0164332
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0722801
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0164333
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0164334
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	337 -OPTOMETRÍA	DHSS0722802
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	342 -PEDIATRÍA	DHSS0722803
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0164335
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	420 -VACUNACIÓN	DHSS0164336
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0164337
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0693560
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0164338
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0164340
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0164341
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	748 -RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	DHSS0693561
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0164342
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0164343
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	1102-URGENCIAS	DHSS0164344
Bolívar	SAN PABLO	1367000076	01	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0164345
1						

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

En relación con el servicio de Hospitalización Adultos, identificado en el documento con el código 129, el REPS reporta su funcionamiento en modalidad intramural y con disponibilidad continua durante los siete días de la semana. La consulta también registra componentes asociados con telemedicina, específicamente en la modalidad de teleexpertise como prestador remitir.

Estos datos describen las condiciones registradas del servicio y contribuyen a delimitar el contexto de la auditoría. No obstante, la investigación no evaluó la disponibilidad efectiva, suficiencia, calidad o resultados de los servicios de telemedicina ni de las actividades asistenciales desarrolladas durante la hospitalización. La Figura 4 muestra el detalle operativo registrado en el REPS para el servicio de Hospitalización Adultos, incluyendo la modalidad de prestación, el horario y los componentes asociados con telemedicina.

Figura 4.

Consulta de registro REPS - Detalle operativo del servicio de Hospitalización Adultos

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR						
Código del Prestador	1367000076	-	01	Clase de Prestador	Instituciones Pres	
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL	
DATOS DE LA SEDE						
Departamento	Bolívar	Municipio	SAN PABLO			
Código de la Sede	1367000076	-	01	Nombre de la Sede		
E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO						
SERVICIO						
Grupo	Internación	Número Distintivo de Habilitación del Servicio	DHSS0164328			
Servicio	129-HOSPITALIZACIÓN ADULTOS					
Horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59	00:00A23:59
	Intramural					
	NO					
	Extramural					
	Modalidad extramural Unidad móvil	Modalidad extramural Domiciliario	Modalidad extramural Jornada de salud	Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH		
	NO	NO	NO			
Modalidades	Telemedicina					
	Telemedicina Prestador de Referencia					
	Telemedicina interactiva	Telemedicina no interactiva	Tele experticia	Tele monitoreo		
	NO	NO	NO	NO		
	Telemedicina Prestador de Remisor					
	Tele experticia			Tele monitoreo		
	SI	NO				
Especificidades						
Complejidad	BAJA					
Fecha apertura del servicio	20120330 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.					
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:42 a.m.)						

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

En cuanto a la capacidad instalada, la información consultada reporta seis camas habilitadas para hospitalización de adultos. Esta cifra se utiliza únicamente para describir el servicio y no para evaluar la suficiencia de la infraestructura, la ocupación hospitalaria o la capacidad de respuesta frente a la demanda.

La evaluación de estos aspectos requeriría información adicional sobre producción de servicios, ocupación, demanda, estancia hospitalaria y necesidades de la población, elementos que no hicieron parte del alcance del proyecto. La Figura 5 presenta la capacidad instalada registrada para el servicio de Hospitalización Adultos, correspondiente a seis camas habilitadas.

Figura 5.

Consulta de registro REPS - Capacidad instalada (Camas Adultos) de la ESE Hospital Local San Pablo

REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT	829000940 - 6				
Naturaleza Jurídica	Pública				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Código del Prestador	1367000076 - 01	Clase de Prestador	Instituciones Prestad		
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	Bolívar	Municipio			
Código de la Sede	1367000076 - 01				
Nombre de la Sede	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO				
CAPACIDAD INSTALADA					
Grupo	CAMAS				
Concepto	Adultos				
Cantidad	6				

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:44 a.m.)

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

La institución también registra tres camas pediátricas habilitadas. En conjunto con las seis camas de adultos, la capacidad instalada reportada corresponde a nueve camas de internación en la sede principal. Esta información permite caracterizar el contexto operativo del servicio, pero no constituye un criterio de evaluación dentro del programa de auditoría documental. La Figura 6 muestra la capacidad instalada registrada en el REPS para hospitalización pediátrica, correspondiente a tres camas habilitadas.

Figura 6.
Consulta de registro REPS - Capacidad instalada (Camas Pediátricas) de la ESE Hospital Local San Pablo

REGISTRO ACTUAL - CAPACIDAD

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.
Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT	829000940 - 6				
Naturaleza Jurídica	Pública				
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Código del Prestador	1367000076 - 01	Clase de Prestador	Instituciones Prestad		
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	1	Carácter Territorial	MUNICIPAL
DATOS DE LA SEDE					
Departamento	Bolívar	Municipio			
Código de la Sede	1367000076 - 01				
Nombre de la Sede	E.S.E. HOSPITAL LOCAL SAN PABLO				
CAPACIDAD INSTALADA					
Grupo	CAMAS				
Concepto	Pediátrica				
Cantidad	3				
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:44 a.m.)					

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

La consulta realizada en la sección de medidas de seguridad del REPS mostró cero registros para la fecha examinada, como se observa en la Figura 7. Este resultado indica

únicamente que no se visualizaron medidas de seguridad registradas contra la institución en ese momento y no demuestra el cumplimiento integral de sus obligaciones regulatorias.

Figura 7.

Consulta de registro REPS - Medidas de seguridad de la ESE Hospital Local San Pablo

REGISTRO ACTUAL - MEDIDAS DE SEGURIDAD

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORESSEDESSERVICIOSCAPACIDADMEDIDAS DE SEGURIDADSANCIONES

NIT/CC

-

☐ Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador

1367000076

-

☐ Clase de Prestador

Empresa Social del Estado

Nivel Atención Prestador

Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento

Municipio

Código de la Sede

1367000076

-

01

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo

Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad

☐ Intramural: Ambulatorio

☐ Intramural: Hospitalario

☐ Extramural: Unidad Móvil

☐ Extramural: Domiciliario

☐ Extramural: Otras Extramural

☐ Telemedicina: Centro Referencia

☐ Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad

☐ Baja

☐ Media

☐ Alta

Fecha apertura del servicio

AAAA-MM-DD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.

MEDIDAS DE SEGURIDAD - Ley 9 de 1979 - Artículo 576

Servicio

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:41 a.m.)

Excel

Word

Texto

(0) registros encontrados.

1

Departamento

Municipio

Código Sede Prestador

Sede

Nombre Sede Prestador

Servicio

Distintivo

1

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

De igual manera, la consulta de sanciones mostró cero registros en la fecha revisada, como se presenta en la Figura 8. Este dato debe interpretarse exclusivamente como ausencia de sanciones visibles en la consulta efectuada y no como prueba suficiente del cumplimiento integral de todas las disposiciones aplicables.

Figura 8.

Consulta de registro REPS - Sanciones de la ESE Hospital Local San Pablo

REGISTRO ACTUAL - SANCIONES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
NIT/CC - ☐ Naturaleza Jurídica					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Código del Prestador 1367000076 - ☐ Clase de Prestador					
Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial					
DATOS DE LA SEDE					
Departamento Municipio					
Código de la Sede 1367000076 - 01					
Nombre de la Sede					
SERVICIO					
Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio					
Servicio					
Modalidad ☐ Intramural: Ambulatorio ☐ Intramural: Hospitalario ☐ Extramural: Unidad Móvil					
☐ Extramural: Domiciliario ☐ Extramural: Otras Extramural ☐ Telemedicina: Centro Referencia					
☐ Telemedicina: Institución Remisora					
Complejidad ☐ Baja ☐ Media ☐ Alta					
Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.					
SANCIONES - Ley 9 de 1979 - Artículo 577					
Servicio					
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de enero de 2026 (11:41 a.m.)					

Nota. Tomado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), MinSalud, 2026, consulta realizada el 6 de enero de 2026. Elaboración propia.

En síntesis, el marco contextual delimita el territorio, la institución, la sede, la oferta de servicios y las condiciones registrales del servicio de hospitalización. La información del REPS se utiliza con fines descriptivos y de caracterización, sin atribuirle valor probatorio autónomo respecto del cumplimiento documental evaluado en la investigación. Por lo expuesto. La investigación se concentró en verificar los soportes institucionales asociados con el estándar de procesos prioritarios, sin evaluar historias clínicas, infraestructura, dotación, resultados asistenciales ni adherencia del personal. De esta manera, el marco contextual mantiene coherencia con el título, los objetivos, el método y los resultados del proyecto.

3 Método

3.1 Tipo y enfoque de investigación

La investigación fue de tipo aplicado, con alcance descriptivo y propositivo, y se apoyó en una revisión sistemática de información documentada. Su carácter aplicado respondió al propósito de diseñar una herramienta de auditoría ajustada a las condiciones del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo.

El componente documental comprendió la identificación, interpretación, clasificación y trazabilidad de los criterios del estándar de procesos prioritarios establecidos en la Resolución 3100 de 2019. Asimismo, incluyó la revisión de políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas e informes institucionales relacionados con los requisitos evaluados.

El componente cuantitativo correspondió a la clasificación, contabilización y consolidación de los resultados obtenidos mediante la lista de chequeo. Los ítems se valoraron con las categorías **Cumple**, **No cumple** y **No aplica**. A partir de estas clasificaciones se calculó el porcentaje de cumplimiento documental sobre el total de requisitos aplicables.

El alcance descriptivo permitió caracterizar el estado de la documentación institucional mediante la verificación de su existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad. Por su parte, el alcance propositivo orientó la formulación de estrategias de mejora dirigidas a intervenir la desviación documental identificada.

El desarrollo metodológico se organizó en tres fases secuenciales y articuladas con los objetivos específicos. La primera comprendió la identificación, clasificación y consolidación de

los criterios normativos aplicables. La segunda fase se centró en el diseño del programa de auditoría, mediante la definición de su objetivo, alcance, criterios, metodología, fuentes de verificación, responsables, recursos, cronograma e instrumento. La utilización de la lista de chequeo se asumió como una actividad operativa para verificar la funcionalidad del programa diseñado y obtener los resultados documentales requeridos para la formulación de acciones de mejora; por tanto, no constituyó un objetivo independiente. La tercera fase se orientó al análisis de la desviación encontrada y a la formulación de estrategias para su intervención y posterior cierre.

En coherencia con el alcance definido, la investigación no incluyó la revisión de historias clínicas ni de registros individuales de pacientes, la observación de procedimientos asistenciales, la evaluación de infraestructura o la medición de la adherencia del personal. En consecuencia, los resultados se circunscribieron al cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios y no permiten formular conclusiones sobre la ejecución clínica, el desempeño asistencial o los resultados en salud.

La Tabla 1 presenta la relación entre las fases de investigación, los objetivos específicos, las actividades desarrolladas y los productos obtenidos.

Tabla 1

Metodología de la investigación

Fase de investigación y objetivo específico	Actividades	Entregables
Fase 1. Identificación de criterios normativos. Objetivo: Identificar los criterios del estándar de procesos prioritarios establecidos en la Resolución 3100 de 2019 aplicables al	Realizar el análisis documental y de contenido de la Resolución 3100 de 2019 y de su <i>Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud</i> . Identificar, clasificar y consolidar los	Matriz de identificación, clasificación y trazabilidad de 50 criterios normativos: 34 criterios generales y 16 criterios específicos del Grupo

Fase de investigación y objetivo específico	Actividades	Entregables
Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo.	criterios generales aplicables a todos los servicios y los criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización. Registrar la correspondencia de cada criterio con el numeral normativo de origen y la evidencia documental institucional esperada.	Internación/Servicio de Hospitalización.
Fase 2. Diseño del programa de auditoría. Objetivo: Estructurar un programa de auditoría mediante la definición del objetivo, el alcance, los criterios de evaluación, el instrumento de verificación y la metodología para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios.	Definir el objetivo, alcance, criterios, fuentes de verificación, responsables, recursos, cronograma y metodología. Elaborar la lista de chequeo y realizar una aplicación controlada para verificar su funcionalidad.	Programa de auditoría; matriz de correspondencia; lista de chequeo y consolidado de resultados.
Fase 3. Formulación de estrategias de mejora. Objetivo: Proponer estrategias de mejora orientadas al cierre de las brechas documentales identificadas durante la aplicación del programa de auditoría.	Analizar la desviación documental identificada y establecer su relación con el criterio normativo, la evidencia examinada y la condición encontrada. Formular acciones correctivas y preventivas, responsables, plazos, indicadores, metas, evidencias de seguimiento y criterios para el cierre de la brecha. Definir el procedimiento para verificar documentalmente la implementación de las acciones propuestas.	Matriz del hallazgo documental y plan de mejora. Indicadores de seguimiento. Metas y evidencias de cumplimiento. Criterios para verificar el cierre de la brecha.

Nota. La evaluación se concentró en la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad de la información documentada relacionada con el estándar de procesos prioritarios. No comprendió la revisión de historias clínicas, registros individuales de pacientes, observación de procedimientos asistenciales, medición de la adherencia del personal, evaluación de infraestructura, análisis de resultados clínicos ni valoración integral de otros estándares de habilitación. Elaboración propia.

4 Resultados

4.1 Fase 1. Identificación de los criterios del estándar de procesos prioritarios establecidos en la Resolución 3100 de 2019

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico, se realizó un análisis documental y de contenido de la Resolución 3100 de 2019 y de su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud*. Esta revisión tuvo como finalidad identificar, clasificar y organizar los criterios del estándar de procesos prioritarios aplicables al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo.

Como producto de esta fase, se construyó una matriz de identificación, clasificación y trazabilidad normativa. Esta matriz permitió relacionar cada criterio con el numeral de origen y con la evidencia documental institucional esperada, y constituyó la base técnica para estructurar el programa de auditoría y construir la lista de chequeo desarrollada en la Fase 2.

Para efectos de su organización, los criterios se clasificaron en dos categorías: criterios generales del estándar de procesos prioritarios aplicables a todos los servicios de salud; criterios específicos establecidos para el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización en modalidad intramural.

El análisis permitió identificar 34 criterios generales y 16 criterios específicos, para un total de 50 criterios normativos aplicables:

$$34 \text{ criterios generales} + 16 \text{ criterios específicos} = 50 \text{ criterios normativos}$$

Estos criterios conformaron el universo normativo del programa de auditoría. En esta fase no se evaluó el cumplimiento institucional ni la ejecución de los procedimientos asistenciales; únicamente se identificaron, clasificaron y consolidaron los requisitos que posteriormente fueron operacionalizados en ítems verificables. La Tabla 2 presenta la clasificación cuantitativa de los criterios normativos identificados, diferenciando los requisitos generales aplicables a todos los servicios y los criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización.

Tabla 2

Clasificación de los criterios del estándar de procesos prioritarios aplicables al servicio de hospitalización

Categoría	Número de criterios
Criterios generales aplicables a todos los servicios	34
Criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización	16
Total de criterios identificados	50

Nota. Elaboración propia con base en la Resolución 3100 de 2019 y su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud* (MinSalud, 2019).

La Tabla 2 evidencia que la identificación normativa del servicio de hospitalización no se limitó a los criterios específicos del Grupo Internación, sino que incorporó también los requisitos transversales aplicables a todos los servicios de salud. Estos criterios generales comprenden, entre otros aspectos, la seguridad del paciente, la gestión institucional del riesgo, la bioseguridad, la disponibilidad de procedimientos y guías, el uso seguro de medicamentos, la referencia y el traslado de pacientes y la atención de poblaciones con necesidades particulares.

Por su parte, los criterios específicos delimitan los documentos institucionales requeridos para orientar actividades propias del servicio de hospitalización, como el ingreso y egreso, las rondas médicas, las interconsultas, la entrega de turnos, el control de líquidos, el plan de cuidados de enfermería y la administración de medicamentos.

En consecuencia, los 50 criterios identificados proporcionaron una base normativa integral para estructurar el programa de auditoría. Posteriormente, en la Fase 2, estos criterios fueron operacionalizados en 68 ítems evaluables, sin modificar su contenido ni incorporar requisitos adicionales.

La diferencia entre el número de criterios y el número de ítems obedeció a la desagregación de algunos criterios generales que contenían varias condiciones susceptibles de verificación documental independiente.

4.1.1 Identificación de criterios aplicables a todos los servicios

La primera etapa comprendió la identificación de los criterios transversales del estándar de procesos prioritarios aplicables a todos los servicios de salud. La revisión se realizó mediante análisis documental y de contenido de la Resolución 3100 de 2019 y de su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud*.

Los criterios identificados se relacionan principalmente con la seguridad del paciente, la gestión institucional del riesgo, la documentación de procedimientos, la adopción de prácticas seguras, la referencia de pacientes, la bioseguridad y la disponibilidad de lineamientos para la atención de situaciones clínicas prioritarias. La Tabla 3 presenta los 34 criterios generales seleccionados como base normativa del programa de auditoría.

Tabla 3

Criterios de procesos prioritarios aplicables a todos los servicios

Código	Criterio
1	Política de seguridad del paciente
2	Actividades de gestión de seguridad del paciente
3	Comité o instancia de seguridad del paciente
4.1	Identificación correcta del paciente

Código	Criterio
4.2	Comunicación efectiva entre cuidadores
4.3	Prevención de infecciones asociadas a la atención
4.4	Gestión de eventos adversos
4.5	Consentimiento informado
4.6	Seguridad en la utilización de medicamentos
4.7	Prevención de caídas
4.8	Atención segura de la gestante y del recién nacido
4.10	Prevención de úlceras por presión
5.1	Capacitación en seguridad del paciente
5.2	Educación al paciente y su familia
6	Documentación de procesos asistenciales
7	Socialización de protocolos
8	Adopción de guías de práctica clínica
9	Definición de guías según patologías frecuentes
10	Evidencia institucional de adopción de guías
12.2	Aseo, limpieza y desinfección
12.3	Reanimación cardiopulmonar
12.4	Prevención de flebitis infecciosa y química
12.5	Bioseguridad
12.6	Manejo de derrames biológicos
12.7	Manejo de gases medicinales
15	No reúso de dispositivos médicos
17.1	Estabilización del paciente para traslado
17.2	Medidas para el traslado
17.3	Lista de chequeo para referencia
20.1	Atención a víctimas de violencia sexual
20.2	Equipo institucional para atención de víctimas de violencia sexual
23	Gestión de kits institucionales
24.1	Manejo de enfermedad cerebrovascular
24.2	Manejo de trauma craneoencefálico

Nota. Elaboración propia con base en la Resolución 3100 de 2019 y su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud* (MinSalud, 2019).

Los criterios de la Tabla 3 conforman el componente transversal de la evaluación documental. Su verificación se orientó a determinar la existencia, vigencia, suficiencia, aprobación y disponibilidad de políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, formatos, planes y demás soportes institucionales exigidos por el estándar. En consecuencia, esta fase no comprendió la revisión de historias clínicas ni la evaluación de la adherencia del personal a las prácticas asistenciales.

4.1.2 Identificación de criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización

Posteriormente, mediante el análisis documental de la Resolución 3100 de 2019 y de su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud*, se identificaron los criterios normativos específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización incluidos en el apartado correspondiente del estándar de procesos prioritarios.

Estos criterios establecen los requisitos que debe documentar la institución para orientar las actividades propias del servicio de hospitalización. Su identificación comprendió los componentes relacionados con ingreso y egreso, manejo de las principales causas de hospitalización, ronda médica, interconsultas, entrega de turnos, control de líquidos, cuidados de enfermería, administración de medicamentos, toma de muestras, información al usuario, revisión del carro de paro y actividades de rehabilitación. La Tabla 4 presenta los 16 criterios específicos identificados para el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización, los cuales orientaron la definición de los requisitos documentales propios del servicio.

Tabla 4

Criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización

Código	Criterio normativo identificado
42.1	Criterios de ingreso y egreso
42.2	Manejo de las principales causas de hospitalización
42.3	Ronda médica diaria
42.4	Solicitud de interconsultas
42.5	Entrega de turno de enfermería y medicina
42.6	Control de líquidos
42.7	Plan de cuidados de enfermería
42.8	Administración de medicamentos
42.9	Sujeción de pacientes

42.10	Toma de muestras de laboratorio
42.11	Cateterismo vesical
42.12	Preparación para imágenes diagnósticas
42.13	Educación para el autocuidado
42.14	Información a los usuarios
42.15	Revisión del carro de paro
42.16	Actividades de rehabilitación

Nota. Elaboración propia con base en la Resolución 3100 de 2019 y su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud*, MinSalud, 2019. La denominación y codificación de los criterios deben conservar correspondencia exacta con la fuente normativa consultada.

Los 16 criterios presentados en la Tabla 4 conformaron el componente normativo específico del servicio de hospitalización. En esta fase se realizó únicamente su identificación y clasificación; no se evaluó su cumplimiento ni se examinó la ejecución de los procedimientos asistenciales. Posteriormente, estos criterios fueron incorporados a la matriz integral de trazabilidad y operacionalizados en la Fase 2 mediante un ítem verificable por cada criterio.

La evaluación se limitó a la información documentada institucional y no comprendió historias clínicas ni la medición de la adherencia del personal a los procedimientos.

4.1.3 Consolidación y trazabilidad de los criterios normativos aplicables

A partir de los criterios generales presentados en la Tabla 3 y de los criterios específicos identificados en la Tabla 4, se consolidó una matriz integral de identificación, clasificación y trazabilidad normativa aplicable al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo.

El análisis documental de la Resolución 3100 de 2019 y de su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud* permitió identificar 50 criterios normativos, distribuidos así:

34 criterios generales + 16 criterios específicos = 50 criterios normativos

Los 50 criterios constituyeron la base normativa para estructurar posteriormente el programa de auditoría y construir la lista de chequeo. Para cada criterio se identificó el tipo de requisito, la evidencia documental institucional esperada y el medio de verificación correspondiente. La matriz constituye el principal producto de la Fase 1, debido a que permite establecer la siguiente relación: numeral normativa, criterio identificado, evidencia documental esperada y no menos importante al final el ítem de verificación.

Esta fase no se evaluó el cumplimiento institucional. El procedimiento se limitó a identificar, clasificar y organizar los criterios normativos que posteriormente fueron operacionalizados y verificados en la Fase 2. La Tabla 5 organiza los 34 criterios generales, su clasificación, la evidencia documental institucional esperada y el medio definido para su verificación.

Tabla 5

Matriz de identificación de criterios generales aplicables a todos los servicios

Código	Criterio de la Resolución 3100 de 2019	Tipo de criterio	Evidencia documental esperada	Medio de verificación
1	Política de seguridad del paciente	General	Política institucional aprobada y vigente	Revisión documental
2	Actividades de gestión de seguridad del paciente	General	Programa, plan o documento institucional de seguridad del paciente	Revisión documental
3	Comité o instancia de seguridad del paciente	General	Acto de conformación, definición de funciones y actas	Revisión documental
4.1	Identificación correcta del paciente	General	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
4.2	Comunicación efectiva entre cuidadores	General	Protocolo, procedimiento o instructivo institucional	Revisión documental
4.3	Prevención de infecciones asociadas a la atención	General	Programa, manual o protocolo institucional	Revisión documental

Código	Criterio de la Resolución 3100 de 2019	Tipo de criterio	Evidencia documental esperada	Medio de verificación
4.4	Gestión de eventos adversos	General	Procedimiento y formatos institucionales de reporte y análisis	Revisión documental
4.5	Consentimiento informado	General	Procedimiento institucional y formatos aprobados	Revisión documental
4.6	Seguridad en la utilización de medicamentos	General	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
4.7	Prevención de caídas	General	Protocolo, procedimiento o instrumento institucional	Revisión documental
4.8	Atención segura de la gestante y del recién nacido, cuando aplique	General	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
4.10	Prevención de úlceras por presión	General	Protocolo, procedimiento o instrumento institucional	Revisión documental
5.1	Capacitación en seguridad del paciente	General	Plan de capacitación, contenidos y registros de socialización	Revisión documental
5.2	Educación al paciente y su familia	General	Protocolo, procedimiento, guía o material institucional	Revisión documental
6	Documentación de procesos asistenciales	General	Manuales, protocolos, procedimientos, guías e instructivos	Revisión documental
7	Socialización de protocolos	General	Planes, actas, listados o registros de socialización	Revisión documental
8	Adopción de guías de práctica clínica	General	Acto, procedimiento o documento de adopción institucional	Revisión documental
9	Definición de guías según patologías frecuentes	General	Perfil epidemiológico, matriz de patologías y guías priorizadas	Revisión documental
10	Evidencia institucional de adopción de guías	General	Actas, documentos de aprobación y registros de socialización	Revisión documental
12.2	Aseo, limpieza y desinfección	General	Manual, protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
12.3	Reanimación cardiopulmonar	General	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
12.4	Prevención de flebitis infecciosa y química	General	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
12.5	Bioseguridad	General	Manual o protocolo de bioseguridad	Revisión documental

Código	Criterio de la Resolución 3100 de 2019	Tipo de criterio	Evidencia documental esperada	Medio de verificación
12.6	Manejo de derrames biológicos	General	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
12.7	Manejo de gases medicinales	General	Procedimiento, instructivo o manual institucional	Revisión documental
15	No reúso de dispositivos médicos	General	Política o procedimiento institucional	Revisión documental
17.1	Estabilización del paciente para traslado	General	Protocolo o procedimiento de referencia y traslado	Revisión documental
17.2	Medidas para el traslado	General	Procedimiento, instructivo o guía institucional	Revisión documental
17.3	Lista de chequeo para referencia	General	Formato institucional aprobado	Revisión documental
20.1	Atención a víctimas de violencia sexual	General	Ruta, protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
20.2	Equipo institucional para atención de víctimas de violencia sexual	General	Acto de conformación, funciones y soportes institucionales	Revisión documental
23	Gestión de kits institucionales	General	Procedimiento, inventario, formato o registro institucional	Revisión documental
24.1	Manejo de enfermedad cerebrovascular	General	Guía, protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
24.2	Manejo de trauma craneoencefálico	General	Guía, protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental

Nota. La evidencia esperada corresponde exclusivamente a información documentada institucional. La matriz no contempla historias clínicas, registros individuales de pacientes ni observación de la ejecución asistencial, debido a que el alcance del estudio se restringe a la verificación documental del estándar de procesos prioritarios. Elaboración propia con base en el MinSalud (2019).

La Tabla 5 identifica los documentos institucionales esperados frente a los 34 criterios generales. La columna “Evidencia documental esperada” establece el tipo de soporte que posteriormente debía localizarse y examinarse, mientras que el medio de verificación se limitó a la revisión documental. En consecuencia, la tabla no presenta resultados de cumplimiento, sino la base normativa y documental para la construcción del instrumento de auditoría. De manera complementaria, la Tabla 6 presenta la matriz de identificación de los 16 criterios específicos del

Grupo Internación/Servicio de Hospitalización, junto con la evidencia documental esperada y el medio de verificación correspondiente.

Tabla 6

Matriz de identificación de criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización

Código	Criterio de la Resolución 3100 de 2019	Tipo de criterio	Evidencia documental esperada	Medio de verificación
42.1	Criterios de ingreso y egreso	Específico de hospitalización	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
42.2	Manejo de las principales causas de hospitalización	Específico de hospitalización	Guías, protocolos o procedimientos institucionales	Revisión documental
42.3	Ronda médica diaria	Específico de hospitalización	Protocolo, procedimiento o instructivo institucional	Revisión documental
42.4	Solicitud de interconsultas	Específico de hospitalización	Procedimiento y formato institucional	Revisión documental
42.5	Entrega de turno de enfermería y medicina	Específico de hospitalización	Protocolo, procedimiento o formato institucional	Revisión documental
42.6	Control de líquidos	Específico de hospitalización	Procedimiento, instructivo o formato institucional	Revisión documental
42.7	Plan de cuidados de enfermería	Específico de hospitalización	Procedimiento y formato institucional vigente	Revisión documental
42.8	Administración de medicamentos	Específico de hospitalización	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
42.9	Sujeción de pacientes	Específico de hospitalización	Protocolo, procedimiento y formato institucional	Revisión documental
42.10	Toma de muestras de laboratorio	Específico de hospitalización	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental

Código	Criterio de la Resolución 3100 de 2019	Tipo de criterio	Evidencia documental esperada	Medio de verificación
42.11	Cateterismo vesical	Específico de hospitalización	Protocolo o procedimiento institucional	Revisión documental
42.12	Preparación para imágenes diagnósticas	Específico de hospitalización	Protocolo, procedimiento o instructivo institucional	Revisión documental
42.13	Educación para el autocuidado	Específico de hospitalización	Protocolo, procedimiento, guía o formato institucional	Revisión documental
42.14	Información a los usuarios	Específico de hospitalización	Procedimiento, guía, formato o material institucional	Revisión documental
42.15	Revisión del carro de paro	Específico de hospitalización	Procedimiento y lista de chequeo institucional	Revisión documental
42.16	Actividades de rehabilitación	Específico de hospitalización	Protocolo, procedimiento o ruta institucional	Revisión documental

Nota. La matriz identifica la información documentada esperada para cada criterio específico. No comprende la revisión de historias clínicas ni la verificación de la ejecución práctica de los procedimientos. Elaboración propia con base en el MinSalud (2019).

Los criterios de la Tabla 6 complementan los requisitos generales y delimitan la documentación institucional requerida para orientar las actividades propias del servicio de hospitalización. Su identificación no implicó evaluar la forma en que se ejecutaban los procedimientos ni comprobar su registro en la atención individual de los pacientes. La finalidad consistió en establecer los manuales, protocolos, procedimientos, guías, formatos, instructivos o rutas institucionales relacionados con cada requisito normativo.

Las Tablas 5 y 6 consolidan los 50 criterios normativos aplicables al servicio. Estos criterios constituyeron el insumo para estructurar el programa de auditoría y construir la lista de chequeo de la Fase 2. Debido a que algunos criterios generales contenían más de una condición verificable, fueron desagregados posteriormente en unidades operativas:

34 criterios generales → 52 ítems evaluables

16 criterios específicos → 16 ítems evaluables

50 criterios normativos → 68 ítems evaluables

Por tanto, los 68 ítems no representan nuevos criterios normativos, sino la operacionalización de los 50 requisitos identificados. La correspondencia individual entre cada criterio y los ítems derivados se presenta en la matriz de trazabilidad y en la lista de chequeo incluida en el Apéndice B.

De esta manera, la Fase 1 dio cumplimiento al primer objetivo específico mediante la identificación, clasificación y consolidación de los criterios normativos aplicables, sin anticipar la evaluación de su cumplimiento, actividad desarrollada posteriormente en la Fase 2.

4.1.4 Análisis integral de los criterios normativos identificados

El análisis documental de la Resolución 3100 de 2019 y de su *Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud* permitió identificar 50 criterios normativos aplicables al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. De estos, 34 corresponden a criterios generales aplicables a todos los servicios de salud y 16 a criterios específicos del servicio de hospitalización.

Esta clasificación permitió organizar de manera sistemática el marco normativo que sirvió de base para el diseño del programa de auditoría. Los criterios generales se relacionan con la seguridad del paciente, la gestión institucional del riesgo, la bioseguridad, el uso seguro de medicamentos, la referencia y el traslado de pacientes, la adopción y socialización de guías y la

documentación de los procesos prioritarios. Por su parte, los criterios específicos delimitan la información documentada requerida para orientar actividades propias del servicio de hospitalización, entre ellas el ingreso y egreso, las rondas médicas, las interconsultas, la entrega de turnos, el control de líquidos, el plan de cuidados de enfermería y la administración de medicamentos.

La fuente de evidencia definida para la evaluación fue la información documentada institucional, representada por políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas, informes y demás soportes relacionados con los criterios identificados. La verificación posterior se orientó a determinar la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad de estos documentos.

En coherencia con el alcance del estudio, no se incluyeron historias clínicas, registros individuales de pacientes ni observación de la ejecución de procedimientos asistenciales. Tampoco se evaluó la adherencia del personal a los documentos institucionales, debido a que estas actividades habrían ampliado la investigación hacia una auditoría de ejecución asistencial distinta de la verificación documental planteada. La consolidación de los criterios permitió establecer una relación trazable entre la fuente normativa, el requisito identificado, la evidencia documental esperada y el instrumento de verificación:

Numeral normativo → criterio identificado → evidencia documental esperada → ítem evaluable

En la Fase 2, los 50 criterios normativos fueron operacionalizados en 68 ítems evaluables. Esta diferencia obedeció a que algunos criterios generales contenían varias condiciones independientes que requerían verificarse por separado:

34 criterios generales → 52 ítems evaluables

16 criterios específicos → 16 ítems evaluables

50 criterios normativos → 68 ítems evaluables

Esta desagregación no modificó el contenido regulatorio ni incorporó requisitos adicionales. Su finalidad fue convertir los criterios en unidades verificables y facilitar la aplicación uniforme de las categorías *Cumple*, *No cumple* y *No aplica*.

En síntesis, la Fase 1 dio cumplimiento al primer objetivo específico mediante la identificación, clasificación y consolidación de los 50 criterios normativos aplicables. La matriz integral resultante proporcionó la base técnica para estructurar el programa de auditoría, construir la lista de chequeo y desarrollar posteriormente la verificación documental del estándar de procesos prioritarios en el servicio objeto de estudio.

4.2 Fase 2. Diseño del programa de auditoría

En desarrollo del segundo objetivo específico, se estructuró un programa de auditoría documental para el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. El programa definió el objetivo, alcance, criterios, metodología, fuentes de verificación, responsables, recursos, cronograma e instrumento. Su estructura completa se presenta en el Apéndice A.

Los 50 criterios normativos identificados en la fase anterior fueron operacionalizados en 68 ítems evaluables. La correspondencia entre criterios, ítems y evidencias documentales se presenta en el Apéndice B. La aplicación de la lista de chequeo se realizó como actividad operativa del programa diseñado y no como un objetivo independiente.

El programa de auditoría definió los siguientes componentes: objetivo; alcance; servicio objeto de auditoría; criterios normativos; equipo auditor; responsables institucionales; recursos; cronograma; fuentes documentales; metodología de verificación; instrumento de evaluación; actividades de apertura y cierre; procedimiento para registrar y tratar las desviaciones y productos esperados.

El alcance se limitó a verificar la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad de la información documentada institucional relacionada con el estándar de procesos prioritarios. Las fuentes examinadas comprendieron políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas, informes y otros soportes institucionales vinculados con los criterios evaluados.

En consecuencia, la auditoría no comprendió la revisión de historias clínicas, registros individuales de pacientes, observación de procedimientos asistenciales, medición de la adherencia del personal, evaluación de infraestructura, análisis de resultados clínicos ni valoración integral de otros estándares de habilitación. Las consultas realizadas a los responsables institucionales tuvieron una finalidad exclusivamente aclaratoria y no sustituyeron la evidencia documental requerida.

Los 50 criterios normativos identificados en la Fase 1 fueron operacionalizados en 68 ítems evaluables. Los 34 criterios generales dieron origen a 52 ítems, debido a la desagregación de aquellos que contenían varias condiciones verificables, mientras que los 16 criterios específicos conservaron una correspondencia directa de un criterio por ítem:

34 criterios generales → 52 ítems evaluables

16 criterios específicos → 16 ítems evaluables

50 criterios normativos → 68 ítems evaluables

Esta operacionalización no modificó el contenido de la Resolución 3100 de 2019 ni incorporó requisitos adicionales. Su finalidad fue facilitar la verificación independiente de las condiciones documentales contenidas en algunos criterios y mantener la trazabilidad entre la norma, el criterio, el ítem, la evidencia esperada, el soporte examinado y el resultado asignado.

4.2.1 Diseño del programa de auditoría

El diseño del programa de auditoría se desarrolló mediante cuatro actividades articuladas: delimitación del alcance, operacionalización de los criterios normativos, construcción de la lista de chequeo y definición de la metodología de verificación.

En primer lugar, el alcance del programa se delimitó al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo, en modalidad intramural. Los criterios de auditoría correspondieron al estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019, integrado por los criterios generales aplicables a todos los servicios y los criterios específicos de hospitalización identificados en la Fase 1.

En consecuencia, el programa no comprendió la revisión de historias clínicas, la medición de la adherencia del personal, la observación de la ejecución de procedimientos asistenciales, la evaluación de infraestructura ni el análisis de otros estándares de habilitación. Esta delimitación permitió mantener correspondencia entre el título del proyecto, el segundo objetivo específico y el alcance real del ejercicio auditor.

En segundo lugar, se retomaron los 50 criterios normativos identificados en la Fase 1, conformados por 34 criterios generales y 16 criterios específicos del servicio de hospitalización. Debido a que algunos criterios generales contenían dos o más condiciones susceptibles de

verificación independiente, estos se desagregaron en unidades operativas sin modificar su contenido ni incorporar requisitos diferentes de los establecidos en la norma.

Como resultado de la operacionalización:

34 criterios generales → 52 ítems evaluables

16 criterios específicos → 16 ítems evaluables

$52 + 16 = 68$ ítems evaluables

Los 68 ítems no corresponden a nuevos criterios normativos, sino a unidades de verificación derivadas de los 50 criterios identificados en la fase anterior.

En tercer lugar, se diseñó la lista de chequeo como instrumento principal del programa. Para cada ítem se incorporaron el código normativo, el criterio de origen, el requisito verificable, la aplicabilidad y la evidencia documental esperada. Asimismo, se incluyeron campos para diligenciar durante la aplicación, relacionados con el soporte institucional examinado, la categoría asignada, la justificación, las observaciones y las desviaciones identificadas.

Finalmente, se definió la metodología de verificación documental y las reglas para clasificar cada ítem en las categorías *Cumple*, *No cumple* y *No aplica*. Esta estructura permitió conservar la trazabilidad entre el numeral normativo, el criterio identificado, el ítem evaluable, la evidencia documental examinada y el resultado asignado. La Tabla 7 sintetiza la correspondencia entre los 50 criterios normativos identificados y los 68 ítems evaluables incorporados en la lista de chequeo.

Tabla 7

Correspondencia entre los criterios normativos y los ítems evaluables

Tipo de criterio	Número de criterios normativos	Número de ítems evaluables	Relación establecida
Criterios generales	34	52	Los criterios que contenían varias condiciones fueron desagregados en unidades verificables independientes.
Criterios específicos	16	16	Se mantuvo una relación directa de un criterio por ítem.
Total	50	68	52 ítems generales y 16 ítems específicos.

Nota. Los 50 criterios normativos identificados en la Fase 1 fueron operacionalizados en 68 ítems evaluables. La desagregación se efectuó únicamente cuando un criterio contenía varias condiciones que requerían evidencias documentales diferenciadas, sin modificar su alcance regulatorio ni adicionar requisitos distintos de los establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

La operacionalización permitió transformar los requisitos normativos en unidades específicas, verificables y trazables. La correspondencia individual entre los 50 criterios y los 68 ítems se presenta en la lista de chequeo incluida en el Apéndice B.

El programa de auditoría quedó conformado por los siguientes elementos: nombre del programa; objetivo; alcance; servicio objeto de auditoría; criterios normativos; equipo auditor; responsables institucionales; recursos; cronograma; fuentes documentales; metodología de verificación; lista de chequeo; actividades de apertura y cierre; productos esperados; procedimiento para registrar y tratar las desviaciones.

La secuencia operativa prevista en el programa comprendió la planeación del ejercicio auditor, la definición del objetivo y del alcance, la identificación de las fuentes documentales, la reunión de apertura, la solicitud y organización de los soportes, la aplicación de la lista de chequeo, la clasificación de los ítems, el registro de evidencias y observaciones, la consolidación de los resultados y la reunión de cierre. La ejecución de estas actividades se desarrolla en el apartado correspondiente a la aplicación del instrumento y no constituye parte del diseño propiamente dicho.

Las consultas a los responsables institucionales se definieron como un mecanismo aclaratorio para precisar la ubicación, denominación, vigencia o finalidad de los documentos. Estas manifestaciones no sustituyeron la evidencia documental ni se consideraron suficientes para demostrar el cumplimiento de un criterio.

El programa también estableció los soportes requeridos para documentar su ejecución: programa de auditoría, acta de apertura, lista de asistencia, relación de documentos revisados, lista de chequeo diligenciada, acta de cierre, consolidado de resultados y matriz de hallazgos. Los registros fotográficos se definieron como evidencia complementaria de la visita, las reuniones y la aplicación del instrumento, pero no como prueba autónoma del cumplimiento documental.

Como producto de esta actividad se obtuvo un programa de auditoría articulado con los 50 criterios identificados en la Fase 1 y operacionalizado mediante 68 ítems verificables. Este programa proporcionó la estructura técnica para orientar la revisión documental, la aplicación de la lista de chequeo y el posterior registro de las desviaciones.

La cuantificación del cumplimiento y el análisis de los hallazgos se presentan en los apartados posteriores. Por tanto, el diseño del programa se diferencia metodológicamente de los resultados derivados de su aplicación. En efecto, el programa completo se presenta en el Apéndice A.

En síntesis, la Fase 1 identificó 50 criterios normativos y la Fase 2 los transformó en 68 ítems operativos, estructuró el programa de auditoría y definió las condiciones metodológicas para su aplicación documental en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización.

4.2.2 Elaboración de la metodología de verificación

La metodología de verificación se estructuró con el propósito de establecer reglas uniformes para la aplicación de la lista de chequeo y garantizar que cada valoración estuviera

sustentada en evidencia documental identificable, pertinente y trazable. Para ello, los 68 ítems evaluables se relacionaron con los 50 criterios normativos identificados en la Fase 1 y se organizaron en campos destinados a registrar el requisito evaluado, su aplicabilidad, la evidencia documental esperada, el soporte institucional revisado, la categoría de cumplimiento y las observaciones derivadas del ejercicio auditor.

La verificación se realizó principalmente mediante revisión documental institucional. Esta comprendió el examen de políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas, informes y demás soportes definidos previamente como fuentes de evidencia. La valoración se orientó a determinar la existencia, vigencia, aprobación, pertinencia, suficiencia y disponibilidad de la información documentada exigida por el estándar de procesos prioritarios.

De manera complementaria, se realizaron consultas aclaratorias a los responsables institucionales cuando fue necesario precisar la ubicación, denominación, vigencia, finalidad o relación de un documento con el criterio evaluado. Estas consultas no sustituyeron la evidencia documental ni fueron utilizadas como soporte autónomo para clasificar un ítem como cumplido. Los registros fotográficos y la observación realizada durante la visita se emplearon únicamente como evidencia de la ejecución del ejercicio auditor, la realización de las reuniones y la revisión de los soportes institucionales. No se utilizaron para evaluar condiciones de infraestructura, observar la ejecución de procedimientos asistenciales ni determinar la adherencia del personal.

La metodología no comprendió la revisión de historias clínicas, registros individuales de pacientes ni la comparación entre los procedimientos institucionales y su ejecución en la práctica asistencial. Estas actividades habrían implicado una evaluación de adherencia que excedía el alcance documental definido para el programa de auditoría. Cada ítem de la lista de chequeo fue valorado mediante las categorías presentadas en la Tabla 8.

Tabla 8

Categorías utilizadas para la valoración de los ítems

Categoría	Código	Criterio de clasificación
Cumple	C	La evidencia documental demuestra integralmente el requisito.
No cumple	NC	La evidencia no existe, está incompleta, desactualizada, sin aprobación o es insuficiente.
No aplica	NA	El requisito no corresponde al servicio y su exclusión está justificada.

Nota. Los ítems clasificados como No aplica se excluyeron del denominador utilizado para calcular el porcentaje de cumplimiento documental.

Para reducir la discrecionalidad, la clasificación no se basó únicamente en declaraciones verbales de los responsables institucionales. Cada valoración se estableció mediante la correspondencia entre:

Requisito normativo → Evidencia esperada → Soporte revisado → Categoría asignada

Cuando el documento examinado cumplía integralmente las condiciones del ítem, este se clasificó como *Cumple*. La ausencia de evidencia o la imposibilidad de demostrar documentalmente el requisito condujo a la clasificación *No cumple*.

El porcentaje global de cumplimiento se calculó después de finalizar la aplicación de la lista de chequeo, verificar la consistencia de las categorías asignadas y excluir los ítems clasificados como *No aplica*. Se adoptó un criterio estricto, mediante el cual únicamente los ítems clasificados como *Cumple* se contabilizaron como cumplimiento efectivo:

$$\text{Cumplimiento documental} = \frac{C}{C + NC} \times 100$$

Donde:

- *C*: ítems clasificados como Cumple.
- *NC*: ítems clasificados como No cumple.
- Los ítems No aplican se excluyen del denominador.

Aplicación:

$$\text{Cumplimiento documental} = \frac{54}{54 + 1} \times 100 = 98,18\%$$

La aplicación de esta fórmula permitió mantener un criterio homogéneo en el consolidado de resultados, el análisis de las desviaciones, la matriz de hallazgos y las conclusiones. No se aplicaron ponderaciones parciales, debido a que ello habría generado un resultado distinto del criterio estricto adoptado en el programa.

Como producto de esta actividad se obtuvo un procedimiento de verificación que orientó la aplicación uniforme de la lista de chequeo y aseguró la trazabilidad entre los criterios normativos, los soportes examinados y los resultados registrados. La lista de chequeo completa se presenta en el Apéndice B.

4.2.3 Construcción de la lista de chequeo

A partir de los criterios normativos identificados en la Fase 1, se construyó la lista de chequeo destinada a verificar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios aplicable al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. El instrumento quedó conformado por 68 ítems evaluables derivados de los 50 criterios normativos previamente identificados.

La diferencia entre el número de criterios y el número de ítems obedeció exclusivamente a la desagregación de aquellos requisitos que contenían dos o más condiciones susceptibles de

verificación independiente. En consecuencia, no se incorporaron exigencias adicionales ni se modificó el contenido regulatorio de la Resolución 3100 de 2019.

Los 34 criterios generales aplicables a todos los servicios de salud fueron operacionalizados en 52 ítems evaluables. Por su parte, los 16 criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización conservaron una relación directa de un criterio por ítem. Esta organización permitió diferenciar los requisitos transversales de aquellos propios del servicio auditado y establecer la correspondencia entre el criterio normativo, la unidad de verificación y la evidencia documental esperada. La Tabla 9 resume la correspondencia cuantitativa entre los criterios normativos y los ítems de la lista de chequeo, diferenciando los componentes general y específico.

Tabla 9

Correspondencia cuantitativa entre los criterios normativos y los ítems de la lista de chequeo

Componente del instrumento	Criterios normativos	Ítems evaluables	Criterio de operacionalización
Criterios generales aplicables a todos los servicios de salud	34	52	Los criterios que contenían dos o más condiciones documentales susceptibles de verificación independiente fueron desagregados en ítems diferenciados.
Criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización	16	16	Se mantuvo una correspondencia directa de un criterio por ítem.
Total	50	68	La correspondencia individual entre cada criterio y los ítems derivados se presenta en la matriz de trazabilidad del Apéndice B.

Nota. La desagregación se realizó únicamente cuando un criterio normativo contenía dos o más condiciones susceptibles de verificación independiente. La trazabilidad completa se presenta en el Apéndice B.. Elaboración propia.

La lista de chequeo se organizó en dos secciones. La primera comprende los ítems 1 a 52, derivados de los 34 criterios generales aplicables a todos los servicios de salud. La segunda reúne

los ítems 53 a 68, correspondientes a los 16 criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización.

Esta distribución facilitó la aplicación ordenada del instrumento y permitió mantener la trazabilidad entre la norma, el criterio de origen, el ítem evaluable y la evidencia documental requerida. En particular, el criterio normativo 42.7, relacionado con el plan de cuidados de enfermería, corresponde al ítem consecutivo 59 de la lista de chequeo.

Cada ítem incluyó los siguientes campos: código o referencia normativa; criterio de origen; requisito evaluable; aplicabilidad; evidencia documental esperada; soporte institucional revisado; identificación del documento, cuando estuviera disponible; categoría de evaluación; observación o desviación; justificación de la categoría asignada; validación del equipo auditor.

La evidencia documental esperada comprendió políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas, informes y demás soportes institucionales relacionados con el requisito. Cuando fue posible, se registraron el nombre del documento, código, versión, fecha de aprobación y dependencia responsable.

La aplicabilidad se determinó antes de asignar el resultado de cada ítem. Un requisito se clasificó como *No aplica* únicamente cuando no correspondía a las características, modalidad, condiciones o alcance del servicio evaluado y existía una justificación documentada.

La escala del instrumento estuvo conformada por las categorías *Cumple*, *No cumple* y *No aplica*. Cada valoración debía estar sustentada en la correspondencia entre el requisito normativo, la evidencia esperada y el soporte efectivamente examinado. La información suministrada verbalmente por los responsables institucionales tuvo carácter aclaratorio y no sustituyó la evidencia documental requerida.

La construcción del instrumento concluyó con una revisión de consistencia dirigida a comprobar que: los 50 criterios normativos estuvieran representados; los 68 ítems conservaran correspondencia con su criterio de origen; no existieran requisitos duplicados; cada ítem tuviera definida una evidencia documental esperada; las categorías de valoración pudieran aplicarse de manera uniforme; los campos permitieran registrar la evidencia, la justificación y la observación correspondiente; los ítems no exigieran revisar historias clínicas ni evaluar la adherencia del personal. La lista de chequeo aplicada se presenta en el Apéndice B.

4.2.4 Aplicación del instrumento e identificación de desviaciones

La lista de chequeo se aplicó el 21 de mayo de 2026 en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo, con autorización institucional y acompañamiento de los responsables del servicio y del área de Calidad. La actividad fue desarrollada por el equipo investigador de acuerdo con el objetivo, el alcance y la secuencia establecidos en el programa de auditoría.

La jornada inició con una reunión de apertura en la que se presentaron el objetivo del ejercicio, el alcance documental, la metodología de verificación, los criterios aplicables y los requerimientos de información. Asimismo, se precisó que la auditoría se concentraría en los soportes institucionales correspondientes al estándar de procesos prioritarios y no comprendería la revisión de historias clínicas, la observación de la ejecución asistencial ni la evaluación de otros estándares de habilitación.

Posteriormente, se solicitaron y organizaron los documentos institucionales relacionados con los 68 ítems de la lista de chequeo. La revisión comprendió políticas, manuales, protocolos, procedimientos, guías, planes, formatos, instructivos, actas, registros de capacitación e informes.

Los soportes se seleccionaron según su correspondencia con cada requisito y su estado de vigencia al momento de la auditoría. En coherencia, cuando la información estuvo disponible, se registraron los siguientes datos: nombre del documento; código institucional; versión; fecha de aprobación o actualización; dependencia responsable; relación con el requisito evaluado; observaciones sobre su suficiencia o vigencia.

La aplicación se desarrolló principalmente mediante revisión documental. Las consultas realizadas a los responsables institucionales se utilizaron exclusivamente para aclarar la ubicación, denominación, vigencia, aprobación o finalidad de los documentos examinados. La manifestación verbal de los responsables no reemplazó la evidencia documental ni se consideró suficiente para asignar la categoría *Cumple*.

Los registros fotográficos se emplearon como evidencia complementaria de la visita, la reunión de apertura, la revisión documental y la reunión de cierre. Estas imágenes no fueron utilizadas como prueba autónoma del cumplimiento de los criterios ni como medio para evaluar infraestructura, condiciones operativas o ejecución de procedimientos asistenciales.

Para cada ítem se registraron: la aplicabilidad; la evidencia documental esperada; el soporte efectivamente examinado; la identificación del documento; la categoría de evaluación; la observación o desviación encontrada; la justificación de la clasificación asignada.

La valoración se efectuó mediante las categorías *Cumple*, *No cumple* y *No aplica*, de acuerdo con las reglas definidas en la metodología de verificación. Un documento se consideró suficiente cuando permitía demostrar integralmente el requisito y se encontraba vigente, aprobado, pertinente y disponible. La ausencia de evidencia o la imposibilidad de demostrar documentalmente el requisito condujo a la categoría *No cumple*.

Durante la aplicación se identificó una desviación en el ítem 42.7, correspondiente al plan de cuidados de enfermería. La valoración se fundamentó en el estado del soporte institucional disponible y no en la revisión de historias clínicas ni en la comprobación de cómo el personal ejecutaba o registraba el plan en la práctica asistencial.

La desviación fue consignada en la lista de chequeo y trasladada posteriormente a la matriz de hallazgos para analizar la condición encontrada, el criterio normativo, la evidencia examinada, el riesgo documental y las acciones orientadas al cierre de la brecha.

Una vez finalizada la revisión, se realizó la reunión de cierre, en la cual se comunicaron los resultados preliminares y la desviación documental identificada. Las evidencias de aplicación se presentan en el Apéndice C.

La ejecución del programa quedó respaldada mediante el programa de auditoría, acta de apertura, lista de asistencia, relación de documentos examinados, lista de chequeo diligenciada, registros complementarios de la visita y acta de cierre.

4.2.5 Resultados de la aplicación de la auditoría

La aplicación de la lista de chequeo permitió determinar el nivel de cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios aplicable al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. Los resultados se circunscriben a los 68 ítems incluidos en el instrumento, a la documentación institucional disponible durante la jornada de verificación y al alcance definido en el programa de auditoría. El consolidado detallado por ítem se presenta en el Apéndice D.

En consecuencia, los resultados no constituyen una certificación integral del cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019 ni permiten emitir conclusiones sobre otros estándares de

habilitación, la ejecución de los procedimientos asistenciales, la adherencia del personal o los resultados clínicos.

De los 68 ítems evaluables, 55 fueron aplicables a la oferta, modalidad, población y condiciones del servicio, mientras que 13 se clasificaron como *No aplica* y uno como *No cumple*.

La clasificación de cada ítem se sustentó en la correspondencia entre el criterio normativo, la evidencia documental esperada y el soporte institucional examinado. Las fotografías incluidas en el Apéndice C acreditan la realización de la visita, las reuniones y las actividades de revisión documental, pero no se utilizaron como evidencia autónoma del cumplimiento ni como base para calcular los porcentajes obtenidos. La Tabla 10 presenta la distribución general de los resultados obtenidos mediante la aplicación de la lista de chequeo, de acuerdo con las categorías Cumple, No cumple y No aplica.

Tabla 10

Distribución general de los resultados de la auditoría documental

Clasificación	Número de ítems	Porcentaje sobre el total
Cumple	54	79,41 %
No cumple	1	1,47 %
No aplica	13	19,12 %
Total	68	100,00 %

Nota. El 79,41 % corresponde a la distribución sobre los 68 ítems totales, mientras que el cumplimiento documental técnico es 98,18 %, calculado sobre los 55 ítems aplicables.

De los 68 ítems evaluados, 54 se clasificaron como Cumple, uno como No cumple y 13 como No aplica. En consecuencia, 55 ítems fueron considerados aplicables para el cálculo del cumplimiento documental, cuyo resultado fue del 98,18 %.

El porcentaje de cumplimiento documental se calculó mediante el criterio estricto definido en la metodología:

$$\text{Cumplimiento documental} = \frac{C}{C + NC} \times 100$$

Donde:

- C : ítems clasificados como Cumple.
- NC : ítems clasificados como No cumple.

Aplicación:

$$\text{Cumplimiento documental} = \frac{54}{54 + 1} \times 100 = 98,18\%$$

En consecuencia, el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización presentó un cumplimiento documental del 98,18 % sobre los 55 ítems aplicables.

Los 13 ítems clasificados como *No aplica* fueron excluidos del cálculo porque no correspondían a la oferta, modalidad, población o condiciones institucionales verificadas. Cada exclusión debe conservar su justificación individual en la lista de chequeo incluida en el Apéndice B. El análisis por componente mostró un cumplimiento del 100,00 % en los criterios generales aplicables y del 93,75 % en los criterios específicos del servicio de hospitalización.

Tabla 11

Resultados del cumplimiento documental por componente evaluado

Componente	Ítems evaluables	Cumple	No cumple	No aplica	Aplicables	Cumplimiento
Generales aplicables a todos los servicios	52	39	0	13	39	100,00 %
Específicos de hospitalización	16	15	1	0	16	93,75 %
Total	68	54	1	13	55	98,18 %

Nota. La desagregación se realizó únicamente cuando un criterio normativo contenía dos o más condiciones susceptibles de verificación mediante evidencias documentales diferenciadas. No se modificó el contenido regulatorio

ni se incorporaron requisitos adicionales. La matriz individual del Apéndice B identifica, para cada ítem, el criterio de origen, el requisito verificable, la evidencia esperada y la razón de su desagregación.

La lista de chequeo se organizó en dos secciones. La primera comprende 52 ítems derivados de los 34 criterios generales aplicables a todos los servicios de salud. La segunda reúne 16 ítems correspondientes a los 16 criterios específicos del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización.

Esta organización permitió diferenciar los requisitos transversales de aquellos propios del servicio auditado. La trazabilidad no se sustentó únicamente en la correspondencia numérica presentada en la Tabla 9, sino en la relación individual entre el numeral normativo, el criterio de origen, el ítem evaluable, la evidencia documental esperada y el soporte institucional examinado.

La matriz incluida en el Apéndice B debe demostrar que los 68 ítems representan la operacionalización de los 50 criterios normativos, sin duplicaciones ni incorporación de exigencias diferentes de las establecidas en la Resolución 3100 de 2019.

El ítem 59, correspondiente al criterio 42.7 relacionado con el plan de cuidados de enfermería, se clasificó como No cumple. El formato institucional examinado se encontraba desactualizado y no permitía demostrar integralmente el requisito documental. Esta valoración se limita a la evidencia examinada y no implica una evaluación de la adherencia del personal ni de la práctica asistencial.

El resultado permitió establecer que la única brecha se concentró en un criterio específico del servicio de hospitalización y no en los criterios generales aplicables. Esta delimitación orientó la formulación de las estrategias de mejora hacia la revisión, actualización, aprobación, control, socialización, disponibilidad y seguimiento del documento institucional relacionado con el plan de cuidados de enfermería, sin extender las recomendaciones a aspectos que no fueron evaluados.

Esta organización permite diferenciar dos tipos de evidencia:

Evidencia de ejecución de la auditoría ≠ Evidencia documental del cumplimiento

4.2.6 Hallazgo documental identificado

La aplicación de la lista de chequeo permitió identificar una única desviación documental en el componente específico del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización. El hallazgo correspondió al ítem 42.7, relacionado con la disponibilidad, vigencia, aprobación y suficiencia del documento institucional destinado a orientar el plan de cuidados de enfermería.

La clasificación se sustentó en la revisión del formato institucional FOR-PCE-01, versión 1 de 2022. Aunque se encontró un soporte asociado con el requisito, este se encontraba desactualizado y su contenido no permitió demostrar integralmente que la institución dispusiera de una herramienta vigente, aprobada, suficiente, estandarizada y trazable para orientar documentalmente el plan de cuidados de enfermería. Por esta razón, el ítem se clasificó como No cumple. La Tabla 12 consolida el hallazgo documental relacionado con el criterio 42.7, incluyendo la evidencia examinada, la condición encontrada y la clasificación asignada.

Tabla 12

Hallazgo documental identificado durante la auditoría

Ítem evaluado	Clasificación	Evidencia documental examinada	Hallazgo
42.7. Plan de cuidados de enfermería	No cumple	Formato institucional FOR-PCE-01, versión 1 de 2022	El formato se encontraba desactualizado y su contenido no permitió demostrar documentalmente el cumplimiento integral del requisito relacionado con la planificación estandarizada y trazable del cuidado de enfermería.

Nota. Los 13 ítems registrados como *No aplica* no se consideraron desviaciones, debido a que su inaplicabilidad fue justificada individualmente en la lista de chequeo. Elaboración propia a partir de los apéndices B, D y E.

El hallazgo evidencia una brecha entre el requisito normativo y la evidencia documental institucional disponible. Su alcance se limita al estado, vigencia, aprobación y suficiencia del formato examinado. En consecuencia, no permite afirmar que el personal de enfermería omitiera la formulación, ejecución, seguimiento o evaluación del plan de cuidados, dado que la auditoría no incluyó la revisión de historias clínicas, registros individuales de pacientes ni la medición de la adherencia asistencial.

La permanencia de un formato desactualizado puede limitar la estandarización, el control de versiones, la disponibilidad y la trazabilidad de la información institucional. Este efecto se interpreta como un riesgo documental potencial y no como una consecuencia clínica demostrada por la investigación.

El hallazgo y el plan de mejora fueron presentados para conocimiento y revisión institucional. Su validación formal queda condicionada al diligenciamiento del acta o formato correspondiente, con las observaciones, decisiones, cargos, firmas y fechas de los responsables.

A partir de la desviación identificada se formularon acciones orientadas a la revisión técnica y actualización del formato FOR-PCE-01; la validación de su estructura y contenido por parte de la Coordinación de Enfermería y del área de Calidad; la aprobación institucional de la nueva versión; su incorporación al sistema de gestión documental; el retiro o identificación de la versión obsoleta; la socialización del documento actualizado; la verificación de su vigencia, disponibilidad y control; la programación de revisiones periódicas; y la reaplicación del ítem 42.7 para comprobar el cierre de la brecha. La Resolución 3100 de 2019 incluye el plan de cuidados de enfermería dentro de la información documentada exigible para el estándar de procesos prioritarios del servicio de hospitalización, por lo que este resultado conserva pertinencia normativa (Minsalud, 2019).

Estas acciones se desarrollan en la Fase 3. De esta manera, la estructuración del programa de auditoría, la operacionalización de los criterios normativos, la aplicación controlada de la lista de chequeo y la identificación documentada de la desviación permitieron dar cumplimiento al segundo objetivo específico.

4.3 Fase 3. Formulación de estrategias de mejora orientadas al cierre de brechas

En correspondencia con el tercer objetivo específico, se formularon estrategias de mejora orientadas al cierre de la única desviación documental identificada durante la aplicación del programa de auditoría. Esta fase se sustentó en los resultados obtenidos mediante la lista de chequeo, el consolidado cuantitativo y la caracterización del hallazgo.

La formulación de las estrategias siguió una secuencia de trazabilidad que relacionó el criterio normativo, la evidencia documental examinada, la condición encontrada, la brecha identificada, las posibles causas, los riesgos documentales y las acciones propuestas: criterio normativo, evidencia examinada, condición encontrada, brecha y finalmente la acción.

En consecuencia, las medidas no se formularon de manera general ni independiente de los resultados, sino como respuesta directa a la desviación sustentada durante la auditoría. El producto correspondiente al tercer objetivo específico fue un plan de mejora que incluyó actividades, responsables, plazos, indicadores, metas, evidencias de seguimiento y criterios de cierre. La matriz del hallazgo y el plan de mejora se presentan en el Apéndice E. Su formulación no implica que las acciones hayan sido implementadas ni que la desviación se encuentre cerrada. La ejecución y verificación posterior corresponden a la ESE Hospital Local San Pablo.

La aplicación de la lista de chequeo mostró que, de los 68 ítems evaluables, 54 fueron clasificados como *Cumple*, uno como *No cumple* y 13 como *No aplica*. Al excluir los ítems no aplicables, el cumplimiento documental fue del 98,18 %:

$$\text{Cumplimiento documental} = \frac{54}{54 + 0 + 1} \times 100 = 98,18\%$$

Aunque este resultado evidencia un nivel elevado de cumplimiento documental, no elimina la necesidad de intervenir la desviación identificada. La brecha se concentró en el componente específico del Grupo Internación/Servicio de Hospitalización y correspondió al ítem 42.7, relacionado con el plan de cuidados de enfermería.

La evidencia examinada fue el formato institucional FOR-PCE-01, versión 1 de 2022. El documento se encontraba desactualizado y su contenido no permitió demostrar integralmente la disponibilidad de una herramienta vigente, aprobada, suficiente y estandarizada para orientar documentalmente el plan de cuidados de enfermería.

Este resultado se limita al estado, vigencia y suficiencia del soporte institucional. Por tanto, no permite afirmar que el personal de enfermería omitiera la formulación, ejecución, seguimiento o evaluación del plan de cuidados, debido a que la auditoría no comprendió la revisión de historias clínicas ni la medición de la adherencia asistencial.

A partir de este hallazgo, la Fase 3 se orientó a estructurar una intervención focalizada sobre la brecha efectivamente sustentada. No se formularon acciones de mejora para los demás componentes que cumplieron los requisitos documentales. Esta delimitación preservó la correspondencia metodológica entre la evidencia objetiva, la desviación, las posibles causas, los riesgos documentales, las acciones propuestas y los mecanismos de seguimiento.

La propuesta se organizó mediante acciones correctivas y preventivas. La acción correctiva se orientó a revisar y actualizar el formato institucional relacionado con el plan de cuidados de enfermería. Las acciones preventivas se dirigieron a fortalecer: la revisión técnica del documento; la aprobación institucional; el control de versiones; la identificación y retiro de documentos obsoletos; la socialización de la versión actualizada; la disponibilidad del formato vigente; el seguimiento documental; la revisión periódica del instrumento; la reaplicación del ítem 42.7.

El plan de mejora incluyó los siguientes componentes: descripción del hallazgo; criterio normativo relacionado; evidencia documental examinada; condición encontrada; condición esperada; brecha identificada; posibles causas por validar; riesgos documentales potenciales; acciones correctivas y preventivas; responsables; plazos; indicadores; metas; evidencias de seguimiento y criterios para el cierre de la brecha.

Las posibles causas y los riesgos se formularon como hipótesis documentales sujetas a validación institucional. En consecuencia, no se presentaron como hechos comprobados ni como consecuencias clínicas derivadas del incumplimiento.

En síntesis, la Fase 3 permitió cumplir el tercer objetivo específico mediante la formulación de un plan de mejora focalizado en la revisión, actualización, aprobación, control, socialización, disponibilidad y seguimiento del documento institucional relacionado con el plan de cuidados de enfermería. El cierre de la brecha deberá demostrarse mediante la evidencia documental definida en el plan y la reaplicación del ítem 42.7.

4.3.1 Matriz con estrategias para el cierre de brechas

La matriz de estrategias se formuló a partir de la relación causa–acción–resultado esperado para el ítem 42.7. En primer lugar, se planteó revisar y actualizar el formato

institucional; posteriormente, validar y aprobar la nueva versión; después, socializarla y capacitar al personal de enfermería; y finalmente, incorporar la nueva versión al sistema de gestión documental y verificar periódicamente su vigencia, aprobación, control y disponibilidad mediante la reaplicación documental del ítem correspondiente.

Esta secuencia responde al ciclo de mejoramiento continuo: la revisión y el rediseño corresponden a la fase de planeación; la aprobación, capacitación e implementación corresponden a la ejecución; la auditoría y medición de indicadores corresponden a la verificación; y la retroalimentación, ajuste y cierre formal corresponden a la actuación institucional. Las estrategias propuestas no implican que la brecha se encuentre cerrada con la sola elaboración del plan. Su cierre dependerá de la ejecución documentada de las actividades, del cumplimiento de las metas y de la demostración de la eficacia de la nueva versión del formato en los registros asistenciales.

La matriz de mejora se estructuró mediante una secuencia progresiva de intervención. Inicialmente se propone revisar y actualizar el formato; posteriormente, validar y aprobar la nueva versión; seguidamente, socializarla y capacitar al personal; y finalmente, implementar el instrumento, auditar su uso y verificar la eficacia de las acciones. Cada actividad fue asociada con un responsable, un plazo estimado, un indicador, una meta y una evidencia de cumplimiento. Esta estructura permite convertir el hallazgo en un plan operativo susceptible de seguimiento y evaluación. La Tabla 13 presenta las estrategias formuladas para el cierre de la brecha, organizadas por actividad, responsable, plazo, indicador, meta y evidencia de cumplimiento.

Tabla 13*Matriz de estrategias para el cierre de la brecha*

No .	Estrategia	Actividad	Responsable	Plazo estimado	Indicador	Meta	Evidencia esperada
1	Revisión documental	Revisar el formato FOR-PCE-01 e identificar sus necesidades de actualización.	Coordinación de Enfermería y Calidad	15 días	Revisión realizada	100 %	Acta de revisión
2	Actualización del formato	Diseñar una nueva versión que incluya valoración, diagnósticos, objetivos, intervenciones, responsables y evaluación.	Coordinación de Enfermería	30 días	Formato actualizado	1	Borrador del formato
3	Validación técnica	Validar la pertinencia y suficiencia del nuevo formato.	Coordinación de Enfermería y Calidad	40 días	Formato validado	100 %	Acta de validación
4	Aprobación institucional	Aprobar, codificar y controlar documentalmente la nueva versión.	Instancia institucional competente	45 días	Formato aprobado	1	Documento aprobado con código y versión
5	Control de versiones	Retirar o identificar como obsoleta la versión anterior (FOR-PCE-01 v.1 de 2022).	Área de Calidad	50 días	Versión obsoleta retirada o identificada	100 %	Registro de control de cambios
6	Socialización	Presentar el formato actualizado al personal de enfermería mediante reunión documentada.	Coordinación de Enfermería	55 días	Personal socializado / personal programado	100 %	Lista de asistencia y acta de socialización
7	Disponibilidad	Garantizar la disponibilidad del formato actualizado en	Coordinación de Enfermería	60 días	Puntos con formato disponible /	100 %	Registro de distribución

		los puntos de atención del servicio de hospitalización.			puntos programados		
8	Seguimiento documental	Verificar periódicamente la vigencia, aprobación, control y disponibilidad de la versión actualizada del formato FOR-PCE-01.	Área de Calidad	Mensual	Número de condiciones documentales conformes / número de condiciones documentales verificadas × 100	100 %	Informe de verificación documental
9	Revisión periódica	Programar y ejecutar revisiones semestrales del formato para identificar necesidades de actualización, de acuerdo con el ciclo de mejora institucional.	Coordinación de Enfermería y Calidad	Semestral	Revisiones ejecutadas / revisiones programadas	100 %	Actas de revisión periódica
10	Reaplicación del ítem 59	Reaplicar el ítem 59 (criterio 42.7) mediante revisión documental para verificar el cierre de la brecha.	Equipo auditor	90 días	Ítem 59 clasificado como "Cumple"	1	Lista de chequeo actualizada
11	Cierre del hallazgo	Verificar la eficacia de las acciones documentales y formalizar el	Área de Calidad	90 días	Condiciones de cierre documental cumplidas / condiciones	100 %	Acta de cierre del hallazgo

cierre de la desviación.	de cierre documental verificadas × 100
-----------------------------	---

Las acciones propuestas combinan componentes correctivos y preventivos. La actualización del formato responde directamente a la condición encontrada, mientras que la capacitación, auditoría y retroalimentación buscan evitar la recurrencia de la desviación.

La responsabilidad del cierre se distribuye entre la Coordinación de Enfermería, el área de Calidad, el personal asistencial y la instancia encargada del control documental. Esta distribución reconoce que la brecha no depende exclusivamente del diligenciamiento individual, sino también de la gestión institucional del documento, su aprobación y su seguimiento.

La matriz asigna responsabilidades diferenciadas a la Coordinación de Enfermería, el área de Calidad, el personal asistencial y la instancia institucional competente para la aprobación documental. Esta distribución permite que el cierre de la brecha no dependa exclusivamente de la modificación técnica del formato, sino también de su control documental, apropiación por el personal y verificación posterior.

4.3.2 Indicadores de seguimiento

Para valorar el avance y la eficacia de las estrategias de mejora se definieron indicadores de estructura, proceso y resultado, orientados a verificar el cumplimiento de las actividades propuestas, la gestión de los documentos institucionales y el cierre de la brecha identificada. Estos indicadores permiten realizar seguimiento mediante evidencias verificables y mantener la evaluación dentro del alcance documental definido para el proyecto.

1. Actualización documental

$$\text{Actualización documental} = \frac{\text{Documento actualizado}}{\text{Documento programado para actualización}} \times 100$$

Meta: 100 %.

Este indicador permite verificar que el documento objeto de intervención haya sido revisado y actualizado conforme a las necesidades identificadas.

2. Cobertura de capacitación

$$\text{Cobertura de capacitación} = \frac{\text{Número de personas capacitadas}}{\text{número de personas programadas para capacitación}} \times 100$$

Meta: 100 %.

Este indicador permite establecer el nivel de cobertura de las actividades de socialización y capacitación relacionadas con el nuevo documento institucional.

3. Cumplimiento de controles documentales

$$\text{Cumplimiento} = \frac{\text{Número de condiciones documentales conformes}}{\text{Número de condiciones documentales verificadas}} \times 100$$

Meta: 100 %.

Para este indicador se verificarán las siguientes condiciones documentales:

- Versión vigente.
- Aprobación institucional.
- Código del documento.
- Fecha.
- Responsable.
- Disponibilidad.

- Retiro o identificación de la versión obsoleta.

La utilización de este indicador permite verificar de manera objetiva que el documento intervenido cumpla las condiciones básicas de control documental necesarias para garantizar su identificación, vigencia, aprobación, disponibilidad y trazabilidad.

4. Cumplimiento del plan de mejora

$$\text{Cumplimiento del plan} = \frac{\text{Número de acciones cumplidas}}{\text{número de acciones programadas}} \times 100$$

Meta: 100 %.

Este indicador permite determinar el grado de cumplimiento de las acciones establecidas en la matriz de mejora y verificar que cada actividad cuente con la evidencia correspondiente.

Los indicadores definidos permiten realizar el seguimiento de las acciones propuestas sin ampliar el alcance de la auditoría hacia la revisión de historias clínicas o la evaluación de la adherencia del personal. De esta manera, la medición se mantiene centrada en la gestión y el control de la información documentada, en correspondencia con el alcance metodológico del proyecto.

Las metas establecidas responden a la naturaleza de las acciones propuestas. La actualización documental, la capacitación y el cumplimiento de los controles documentales tienen una meta del 100 %, debido a que deben completarse en su totalidad para garantizar la disponibilidad y el control adecuado del instrumento institucional. De igual manera, el cumplimiento del plan de mejora se establece en 100 %, con el propósito de verificar la ejecución de todas las acciones programadas. El logro de estas metas deberá demostrarse

mediante evidencias verificables, tales como actas de revisión, documento aprobado, control de cambios, listas de asistencia, registros de capacitación, documentos de control y seguimiento e informes de verificación.

4.3.3 Plan de seguimiento

El plan de seguimiento se diseñó para verificar la continuidad de las acciones propuestas y comprobar documentalmente el mantenimiento de las condiciones requeridas para el control del formato institucional. Para ello, se establecieron actividades de revisión del avance durante la implementación, verificación periódica de las condiciones documentales y reevaluación del criterio asociado al hallazgo mediante la lista de chequeo.

La periodicidad definida permite diferenciar el seguimiento de la ejecución de las acciones de la verificación posterior de su cumplimiento. Durante la implementación se propone una revisión quincenal del avance, mientras que la verificación semestral permite comprobar la vigencia, aprobación, control y disponibilidad del formato. Finalmente, la reevaluación del ítem 42.7, correspondiente al ítem 59 de la lista de chequeo, permite determinar documentalmente si la desviación ha sido superada. La Tabla 14 organiza las actividades de seguimiento según su periodicidad, responsable y producto esperado.

Tabla 14

Programación de actividades

Actividad	Periodicidad	Responsable	Producto
Revisión del avance de las acciones	Quincenal durante la implementación	Coordinación de Enfermería	Informe de avance
Verificación de vigencia, aprobación, control y disponibilidad del formato	Semestral	Área de Calidad	Informe de verificación documental

Retroalimentación al personal	Mensual	Coordinación de Enfermería	Acta de reunión
Evaluación de la eficacia	A los 90 días	Calidad y equipo auditor	Informe de eficacia
Reevaluación del ítem 42.7 / ítem 59 mediante la lista de chequeo	Semestral	Auditoría interna	Lista de chequeo actualizada

Los resultados de cada actividad de seguimiento deberán documentarse y conservarse como evidencia del proceso de mejora. Cuando se identifiquen incumplimientos en las condiciones documentales verificadas, la Coordinación de Enfermería y el área de Calidad deberán establecer las acciones correspondientes antes de declarar cerrada la desviación.

4.3.4 Criterios para el cierre de la desviación

El cierre de la desviación no debe sustentarse únicamente en la actualización formal del documento. Será necesario demostrar su aprobación, control documental, socialización, disponibilidad y verificación posterior. Por ello, el cierre se establece a partir de criterios documentales que permitan comprobar que las acciones propuestas fueron ejecutadas y que las condiciones requeridas para el control del formato institucional se encuentran formalmente establecidas.

El hallazgo podrá considerarse cerrado cuando se demuestre que:

1. El formato FOR-PCE-01 fue revisado y actualizado.
2. La nueva versión fue aprobada institucionalmente.
3. El documento cuenta con código, versión, fecha y responsable.
4. La versión anterior fue retirada o identificada como obsoleta.
5. La versión vigente fue incorporada al sistema de gestión documental.

6. Se documentó su socialización mediante acta o lista de asistencia.
7. Se verificó su disponibilidad en los puntos institucionales definidos.
8. El ítem 59, correspondiente al criterio normativo 42.7, fue reaplicado mediante revisión documental y clasificado como Cumple.
9. El cierre fue formalizado mediante acta o informe institucional.

Si alguno de los criterios no se cumple, la desviación deberá permanecer abierta y continuar bajo seguimiento. Esta condición evita cierres administrativos sin evidencia suficiente y asegura un cambio verificable en la actualización, control, disponibilidad y trazabilidad de la documentación institucional asociada con el plan de cuidados de enfermería.

4.3.5 Formato propuesto para la presentación institucional del hallazgo y del plan de mejora

El hallazgo documental y el plan de mejora fueron presentados a los responsables institucionales vinculados con la gestión del servicio de hospitalización y el control de la documentación. Esta actividad tuvo como finalidad comunicar la desviación identificada, exponer las acciones propuestas y facilitar su revisión por parte de la Coordinación de Enfermería, el área de Calidad, el responsable del servicio y el representante institucional.

La presentación de los resultados no equivale, por sí misma, a una validación formal del hallazgo ni a la aprobación institucional del plan de mejora. Para declarar que existió validación se requiere contar con un acta o formato debidamente diligenciado que identifique a los participantes, registre sus observaciones y contenga las firmas, cargos y fechas correspondientes.

Mientras no se disponga de estas evidencias, el documento debe señalar que el hallazgo y el plan de mejora fueron presentados para conocimiento y revisión institucional. Del mismo

modo, la inclusión de espacios para firmas representa un mecanismo propuesto de formalización, pero no demuestra que la institución haya aceptado las causas, aprobado las acciones, asumido responsabilidades o autorizado los plazos establecidos.

La validación institucional, cuando se realice, deberá permitir: confirmar la correspondencia entre el criterio 42.7 y la evidencia examinada; revisar la pertinencia de la condición encontrada; validar o reformular las posibles causas; establecer la viabilidad de las acciones propuestas; asignar formalmente responsables y plazos; definir las evidencias requeridas para el seguimiento; aprobar los criterios documentales para el cierre de la brecha. La Tabla 15 presenta el formato propuesto para documentar la revisión, validación y formalización institucional del hallazgo y del plan de mejora.

Tabla 15

Formato para la revisión y validación institucional del hallazgo y del plan de mejora

Rol	Nombre completo	Cargo o dependencia	Decisión u observación	Firma	Fecha
Responsable de la acción		Coordinación de Enfermería			
Responsable del seguimiento		Área de Calidad			
Auditor líder		Equipo investigador			
Responsable del servicio		Grupo Internación/Servicio de Hospitalización			
Representante institucional		ESE Hospital Local San Pablo			

Nota. Este formato constituye una propuesta para documentar la revisión y eventual validación institucional. Mientras no se encuentre completamente diligenciado y firmado, no deberá afirmarse que el hallazgo, las posibles causas o el plan de mejora fueron aprobados formalmente por la ESE Hospital Local San Pablo. Elaboración propia.

5 Conclusiones

El proyecto permitió diseñar un programa de auditoría documental alineado con el estándar de procesos prioritarios de la Resolución 3100 de 2019 y adaptado al Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE Hospital Local San Pablo. La herramienta integra los criterios normativos, las evidencias esperadas, los soportes institucionales y las reglas necesarias para desarrollar una verificación sistemática y trazable.

La aplicación controlada de la lista de chequeo permitió comprobar la funcionalidad del programa para identificar los requisitos aplicables y reconocer brechas documentales susceptibles de intervención. Su alcance se restringe a la evidencia institucional examinada; por tanto, no constituye una certificación integral de habilitación ni una evaluación de la adherencia del personal, la práctica clínica o los resultados asistenciales.

La desviación identificada mostró la necesidad de actualizar y fortalecer el control documental del formato institucional relacionado con el plan de cuidados de enfermería. Las acciones formuladas establecen una ruta para su revisión, aprobación, control, disponibilidad y verificación posterior. No obstante, el cierre de la brecha dependerá de la implementación institucional del plan y de la presentación de evidencias objetivas.

El programa puede utilizarse en verificaciones posteriores, siempre que se actualice conforme a los cambios normativos, las modificaciones en la oferta de servicios y las condiciones documentales de la institución.

6 Referencias

- Álvarez, F. (2024). *Calidad y auditoría en salud* (Cuarta ed.). Ecoe Ediciones.
- American Psychological Association [APA]. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). . *American Psychological*. doi:<https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Congreso de Colombia. (16 de febrero de 2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de Diario Oficial. No. 41148.
- Constitución Política de Colombia [Const]. (6 de julio de 1991). *Art. 49*. Obtenido de (Colombia).
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2024). *San Pablo, Bolívar*. Obtenido de https://terridata.blob.core.windows.net/fichas/Ficha_13670.pdf
- Garza, M. (13 de agosto de 2025). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2025*. Obtenido de Salud Digital. Blog: <https://www.saluddigital.io/blog/estadisticas-sanitarias-mundiales-2025>
- González, J., & Martínez, L. (2023). Auditoría clínica y adherencia a protocolos de seguridad del paciente en instituciones hospitalarias colombianas. *Revista Colombiana de Calidad en Salud*, 15(2), 45–58.
- International Organization for Standardization [ISO]. (2015). *ISO 9001:2015 Quality management systems - Requirements*. Vernier.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J., Odgaard-Jensen, J., French, S., . . . Oxman, A. (2012). Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 6, CD000259.
doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>

Joint Commission International [JCI]. (2024). *Normas de Acreditación de la Joint Commission International para Hospitales. Incluidas las normas para hospitales de centros médicos académicos* (Octava ed.). Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/995173832/Libro-Estandares-Acreditacion-Hospitalaria-Espanol-8va-Edicion-unlocked>

Kristensen, N., Nymann, C., & Konradsen, H. (2022). Implementing audit and feedback in healthcare: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–16.
doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-022-07530-0>

Lizcano, A., Moreno, R., & Gallego-Rojas, C. (2026). *Diseño de un programa de auditoría para evaluar el cumplimiento documental del estándar de procesos prioritarios establecido en la Resolución 3100 de 2019 en el Grupo Internación/Servicio de Hospitalización de la ESE*. Universidad Santo Tomas.

Mejía, B. (2023). *Auditoría médica: Garantía de calidad en salud* (Septima ed.). Ecoe Ediciones.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá, D. C.: Ministerio de la Protección Social.
Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2012). *Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario*. Obtenido de [https://es.scribd.com/document/541182944/2-](https://es.scribd.com/document/541182944/2-Manual-de-Acreditacion-en-Salud-Ambulatorio-y-Hospitalario-Presentacion)

Manual-de-Acreditacion-en-Salud-Ambulatorio-y-Hospitalario-Presentacion

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2015). *Seguridad del Paciente y la Atención Segura. Paquetes Instruccionales Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud"*. Obtenido de

<https://es.scribd.com/document/266737609/Guia-Buenas-Practicas-Seguridad-Paciente>

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2019). *Resolución 3100 de 2019*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2019). *Resolución 3100 de 2019*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (25 de noviembre de 2019). *Resolución 3100 de 2019*. Obtenido de Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2025). *Resolución. Por la cual se adopta e implementa la Política Nacional de Calidad en Salud 2025 -2035: "Calidad en salud, cuidado integral para una vida saludable."*.

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2026). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria*.

Obtenido de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2024). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. Obtenido de <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/42128893-23f0-449a-8853-656de5215c1f/content>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *World Health Organization Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.seguridadpaciente.es/wp-content/uploads/2024/01/Plan_accion_mundial_segpac2021_30_es.pdf

Presidente de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). *Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Obtenido de Diario Oficial. No. 46230.

Presidente de la República de Colombia. (6 de mayo de 2016). *Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Obtenido de Diario Oficial No. 49865.

Rodríguez, M., Pérez, J., & Gómez, D. (2022). Factores asociados al cumplimiento de protocolos de seguridad del paciente en hospitales colombianos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21(43), 1–15.

Velásquez, C., Ramírez, P., & Torres, M. (2021). Impacto de la auditoría concurrente sobre la calidad de los registros clínicos y la seguridad del paciente en hospitales públicos. *Revista Latinoamericana de Calidad Asistencial*, 13(1), 25–36.

7 Apéndices

Apéndice A. Programa de auditoria

Enlace de consulta del Apéndice A: [Apéndice A.docx](#)

Apéndice B. Lista de chequeo aplicada del estándar de procesos prioritarios en el servicio de hospitalización

Enlace de consulta del Apéndice B: [Apéndice B.docx](#)

Apéndice C. Evidencia de aplicación de la auditoría

Enlace de consulta del Apéndice C: [Apéndice C evidencia aplicacion de la auditoria.docx](#)

Apéndice D. Consolidado detallado de resultados de cumplimiento documental

Enlace de consulta del Apéndice D: [Apéndice D.docx](#)

Apéndice E. Matriz de hallazgo documental y plan de mejora

Enlace de consulta del Apéndice E: [Apéndice E.docx](#)