

Diagnóstico de la calidad en la atención sanitaria y plan de intervención bajo el componente
SOGCS en el ESE hospital Hilario Lugo de Sasaima.

Alejandra Neira Cuellar.



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS
GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD



Gestión de la calidad en odontología: hallazgos y plan de mejoramiento en la clínica Dentpro.

Alejandra Neira Cuellar.

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
Especialista en Gerencia de Servicios en Salud

ASESORES:
Luz Amparo Ruiz García

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Gerencia de Servicios en Salud.

Bogotá

2026

DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y PLAN DE INTERVENCIÓN BAJO EL COMPONENTE SOGCS EN LA ESE HOSPITAL HILARIO LUGO DE SASAIMA

ALEJANDRA NEIRA CUELLAR

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA – UNICOC

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD

BOGOTÁ D.C.

2026

RESUMEN

La auditoría en salud constituye una herramienta gerencial y estratégica indispensable para el fortalecimiento continuo de la calidad en las organizaciones del sector sanitario, permitiendo la evaluación sistemática de procesos, la identificación temprana de fallas operativas y la estructuración de intervenciones orientadas a la excelencia institucional. El presente estudio técnico tiene como propósito desarrollar un análisis integral y un diagnóstico empresarial enfocado en la gestión de la calidad de la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima, tomando como eje transversal los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) de Colombia. Para ello, se ejecutó una evaluación metodológica de la capacidad instalada, el estado actual de habilitación de servicios bajo la Resolución 3100 de 2019, la madurez del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el mapa de riesgos corporativos, la solidez de la política de seguridad del paciente y la tendencia de los indicadores institucionales de calidad.

Los resultados del diagnóstico permitieron identificar fortalezas clave como la integralidad en la oferta de servicios, el compromiso del talento humano asistencial y el arraigo de una cultura orientada a la atención humanizada. De manera simultánea, se evidenciaron brechas críticas en la estandarización y actualización de la gestión documental, limitaciones en el seguimiento periódico de indicadores de gestión, oportunidades en la consolidación del reporte justo de eventos adversos y la necesidad de optimizar los ciclos de auditoría interna. A partir de este panorama,

se estructuró un Plan de Mejoramiento Institucional orientado a mitigar riesgos, asegurar la suficiencia científico-tecnológica y optimizar la toma de decisiones gerenciales, demostrando que el ejercicio técnico de la auditoría interna es el motor fundamental para garantizar una atención segura, eficiente y normativamente conforme.

Palabras clave: Gestión en salud, SOGCS, PAMEC, habilitación, seguridad del paciente, mejoramiento continuo, diagnóstico organizacional.

INTRODUCCIÓN

La garantía de la calidad en la atención de salud representa uno de los desafíos más complejos e imperativos para la gerencia de servicios sanitarios contemporáneos. El imperativo ético, social y legal exige el diseño de entornos institucionales que provean servicios seguros, oportunos, pertinentes, continuos y centrados en la dignidad del ser humano. En el marco normativo colombiano, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) opera como el macro-mecanismo sectorial diseñado para orientar a los prestadores hacia el incremento constante de los estándares de desempeño y la mitigación de fallas en la atención (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Bajo los postulados analíticos de la administración sanitaria, la evaluación de los servicios debe concebirse desde la interrelación sistémica entre la estructura, los procesos institucionales y los resultados alcanzados (Donabedian, 2005). Es allí donde la auditoría interna se consolida como una disciplina métrica y de supervisión estratégica, transformando los datos operativos en información útil para el direccionamiento gerencial, el control del riesgo y la optimización de los recursos públicos.

El presente análisis organizacional se enfoca directamente en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Hilario Lugo de Sasaima, una institución prestadora de naturaleza pública ubicada en el departamento de Cundinamarca. El desarrollo de este diagnóstico se sustenta en la inmersión técnica y la experiencia interna dentro de la organización, específicamente desde la Coordinación del Servicio de Odontología. Dicha posición operativa y de liderazgo intermedio facilita un observatorio directo sobre la realidad institucional de la institución frente a los retos de la habilitación de servicios, la adherencia a procesos prioritarios, el diligenciamiento clínico y la seguridad del paciente.

La metodología empleada consiste en un estudio descriptivo, analítico y crítico del estado de la calidad institucional, contrastando la operación diaria del hospital con los lineamientos definidos por el SOGCS, la metodología de ruta crítica del PAMEC y las exigencias de la Resolución 3100 de 2019. A través de esta evaluación, el

documento prescinde de enfoques meramente teóricos o escolares para transformarse en una pieza de consultoría gerencial interna. El objetivo fundamental radica en identificar las brechas operativas del hospital, maximizar sus ventajas competitivas y diseñar un Plan de Mejoramiento Institucional sustentable que eleve los niveles de seguridad y satisfacción de la población usuaria en su área de influencia.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar de manera integral los procesos de gestión de la calidad en la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima, mediante la aplicación de metodologías de auditoría interna y análisis institucional del SOGCS, con el fin de estructurar un plan de mejoramiento que optimice la seguridad, pertinencia y continuidad de los servicios de salud.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la plataforma estratégica, la capacidad instalada y la estructura organizacional de la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima como base del análisis operativo.
- Auditar el estado actual de cumplimiento de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) vigentes en la organización.
- Construir un diagnóstico DOFA institucional enfocado en las dinámicas administrativas y asistenciales que condicionan la calidad de la atención.
- Evaluar el impacto operativo y la articulación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) como eje del cambio organizacional.
- Diseñar un Plan de Mejoramiento Institucional con enfoque gerencial, que defina líneas de acción claras frente a los hallazgos de habilitación, control del riesgo y seguridad del paciente.

2. CARACTERIZACIÓN ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

2.1 CONTEXTO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

La Empresa Social del Estado Hospital Hilario Lugo de Sasaima es una entidad pública descentralizada prestadora de servicios de salud, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya misión primordial es la provisión de servicios sanitarios integrales a los habitantes del municipio de Sasaima,

Cundinamarca, y sus entornos regionales de influencia. Como nodo de la red pública correspondiente a la Región de Salud Noroccidente, la ESE articula esfuerzos en salud pública y atención primaria, ejecutando actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención primaria y secundaria de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La base de usuarios está constituida por poblaciones vulnerables del régimen subsidiado, afiliados del régimen contributivo, regímenes especiales y pacientes particulares.

2.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO: MISIÓN Y VISIÓN

- **Misión:** Somos el Hospital Hilario Lugo de Sasaima, una Empresa Social del Estado que presta servicios integrales de salud humanizados de baja y mediana complejidad, enfocados en un proceso de mejoramiento continuo con un equipo interdisciplinario comprometido con la población sasaimera y su área de influencia, con el fin de atender sus necesidades en salud, promoviendo estilos de vida saludables que contribuyen a mejorar su calidad de vida.
- **Visión:** La Empresa Social del Estado Hospital Hilario Lugo de Sasaima se proyecta como una institución caracterizada por brindar atención integral altamente humanizada, garantizando oportunidad, calidad y pertinencia en la prestación de sus servicios, fortaleciendo la cobertura mediante actividades intramurales y extramurales, promoviendo el desarrollo del talento humano, el mejoramiento de la infraestructura, la optimización de herramientas tecnológicas y la sostenibilidad financiera.

2.3 PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES

La cultura organizacional de la ESE se cimienta sobre principios de gestión pública y ética asistencial, los cuales guían el desempeño de los colaboradores y el relacionamiento con el entorno:

- Trabajo en equipo, Respeto, Tolerancia y Actitud de servicio.
- Lealtad, Proactividad, Coherencia y Solidaridad.
- Prudencia, Honestidad, Confianza y Seguridad.
- Responsabilidad, Austeridad, Oportunidad y Servicio humanizado.
- Universalidad, Transparencia y Respeto irrestricto a la dignidad humana.

2.4 PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA

La institución cuenta con una infraestructura diseñada para responder de forma resolutiva a la demanda epidemiológica local. Presta servicios de atención

ambulatoria en medicina general a través de consulta externa y modalidades extramurales y domiciliarias. Dispone de cuatro consultorios físicos fijos para consulta externa, de los cuales uno ha sido dotado y parametrizado para la prestación de teleconsulta, ampliando las fronteras de accesibilidad geográfica para las veredas circunvecinas. La capacidad operativa asignada garantiza un estándar mínimo de 60 horas semanales de atención médica ambulatoria.

El portafolio integral está integrado por: medicina general, consulta médica especializada periférica o programada, laboratorio clínico de baja complejidad, unidades de toma de muestras biológicas, programas estructurados de promoción y mantenimiento de la salud, odontología general integral (que incluye diagnóstico, prevención y terapéutica básica), hospitalización general para adultos y pediatría, servicio farmacéutico institucional, imagenología diagnóstica básica, fisioterapia, terapia respiratoria, unidad de urgencias y unidades de transporte asistencial básico. Adicionalmente, el hospital lidera la dimensión comunitaria mediante la ejecución física del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) municipal y la vigilancia epidemiológica activa.

2.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL OPERATIVA

La gobernanza corporativa está encabezada por la Junta Directiva como máximo estamento de deliberación y orientación estratégica, seguida por la Gerencia, encargada de la representación legal y la conducción ejecutiva de las áreas misionales y de soporte. El flujo organizacional se operativiza mediante dependencias clave: Planeación, Calidad, Gestión Jurídica, Control Interno y el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU). La ejecución de los procesos se divide en dos grandes bloques: la Subgerencia Administrativa y Financiera (responsable de talento humano, tecnología, ambiente físico, sistemas de información, gestión documental y finanzas) y la Coordinación Asistencial (que supervisa la gestión ambulatoria, el apoyo diagnóstico, la complementación terapéutica, la internación y las urgencias).

3. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL Y AUDITORÍA DE PROCESOS

3.1 METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN ORGANIZACIONAL

La auditoría interna y el análisis de la calidad de los procesos en la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima se ejecutaron mediante un enfoque metodológico descriptivo-transversal y cuali-cuantitativo. Tomando como base la experiencia directa y los datos recabados desde la Coordinación del Servicio de Odontología, se aplicaron listas de verificación estructuradas para auditar la conformidad frente a la normatividad sanitaria nacional. La evaluación abarcó la revisión sistemática de los soportes documentales de los macroprocesos, la inspección física de

estándares de habilitación en los servicios asistenciales, el análisis de tendencias en las matrices de indicadores de calidad y la evaluación de las barreras de seguridad implementadas en la atención directa del usuario.

3.2 MATRIZ DOFA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

FORTALEZAS

- Posicionamiento y reconocimiento social consolidado como el principal referente de salud en el municipio de Sasaima.
- Portafolio integrado que cubre demandas asistenciales de baja y mediana complejidad bajo criterios de red.
- Talento humano asistencial con alto nivel de compromiso y adherencia a los principios de humanización de la atención.
- Estructura formalizada para la implementación y despliegue del PAMEC y la Política de Seguridad del Paciente.
- Capacidad resolutive instalada en urgencias, hospitalización, odontología, laboratorio clínico e imagenología.
- Despliegue operativo eficiente de actividades extramurales y de atención primaria en salud rural.

OPORTUNIDADES

- Alineación con las actualizaciones normativas para robustecer y blindar los procesos institucionales.
- Optimización y expansión de la transformación digital (como la teleconsulta y la historia clínica electrónica interoperable).
- Inclusión del personal en redes de capacitación técnica continua promovidas por entes territoriales y academia.
- Consolidación y diversificación de alianzas estratégicas de contratación con Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).
- Apropiación de herramientas analíticas automatizadas para el monitoreo en tiempo real de indicadores de calidad.
- Proyección gradual de procesos hacia estándares superiores de calidad y esquemas de certificación.

DEBILIDADES

- Heterogeneidad en el nivel de actualización, socialización y control de cambios de la documentación institucional y guías clínicas.
- Brechas de oportunidad en el seguimiento sistemático y análisis de causa de algunos indicadores misionales y de gestión.
- Limitaciones presupuestales estructurales crónicas asociadas a la naturaleza jurídica de las empresas sociales del estado.
- Alta dependencia de los flujos de caja y giros financieros condicionados por la contratación y liquidación con aseguradoras.
- Subregistro y debilidad en la cultura proactiva de reporte y análisis causal de incidentes y eventos adversos por miedo a la punitividad.
- Curva de aprendizaje e impacto operativo ante la alta rotación o necesidad constante de inducción en cambios normativos.

AMENAZAS

- Inestabilidad o alta frecuencia en las transformaciones regulatorias y normativas del sector salud nacional.
- Inflación sectorial e incremento progresivo de los costos operativos, de insumos y de mantenimiento tecnológico.
- Dificultades y retrasos prolongados en el flujo de recursos y pago de carteras por parte de EPS liquidadas o en intervención.
- Crecimiento de la demanda asistencial insatisfecha frente a recursos físicos y financieros fijos o limitados.
- Asimetría en la disponibilidad y retención de talento humano especializado en zonas periféricas o rurales.
- Riesgos de glosas, sanciones o descalificaciones legales derivadas del rezago en la adaptación de marcos regulatorios dinámicos.

3.3 EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

El SOGCS es el eje estructural que norma el estándar de desempeño del hospital. La auditoría interna de sus componentes en la ESE revela el siguiente estado situacional:

1. **Sistema Único de Habilitación:** Representa la línea base de seguridad. El hospital mantiene un despliegue constante para asegurar que los servicios

abiertos no generen riesgos catastróficos para la vida, vigilando las condiciones tecnológicas y científicas mínimas.

2. **PAMEC:** Opera como el componente dinámico. El hospital posee un plan estructurado, pero su ejecución se enfrenta a la necesidad de pasar de auditorías de control a auditorías preventivas enfocadas en la mejora de procesos.
3. **Sistema de Información para la Calidad:** Cumple con la captura de datos (Resolución 256 de 2016), existiendo una oportunidad gerencial para convertir dichos reportes en tableros de control interactivos que orienten el día a día de las coordinaciones.
4. **Sistema Único de Acreditación:** Se reconoce como el horizonte de excelencia a largo plazo; la adopción progresiva de sus principios (centrados en el usuario y en la transformación de la cultura del servicio) sirve como guía metodológica para el cierre de brechas operativas actuales.

3.4 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)

El PAMEC dentro de la ESE Hospital Hilario Lugo ha sido formalizado como una hoja de ruta institucional para el cierre de brechas de calidad asistencial. No obstante, la auditoría de este componente devela que el enfoque histórico ha estado centrado en la reacción ante el hallazgo post-evento. El desafío de la gerencia moderna en salud radica en migrar hacia la metodología de autoevaluación proactiva y cíclica, donde los líderes de cada servicio (como Odontología) analicen de forma sistemática la distancia entre la calidad observada en sus registros y procedimientos, y la calidad esperada por las guías de práctica clínica. Se requiere que el PAMEC no sea visto como una carga administrativa de control, sino como un proceso dinámico de aprendizaje que defina responsables específicos, metodologías claras de análisis de causas (como el diagrama de Ishikawa o los 5 Porqués) y presupuestos asignados para el sostenimiento de las acciones correctivas.

3.5 ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN (RESOLUCIÓN 3100 DE 2019)

El análisis operativo frente a la Resolución 3100 de 2019 denota un cumplimiento satisfactorio en los requisitos macro del hospital, con áreas críticas que requieren supervisión técnica permanente:

- **Talento Humano:** Se verifica que el 100% del personal cuenta con las credenciales de ley (RETHUS), tarjetas profesionales y las certificaciones

específicas exigidas para servicios especiales (como reanimación avanzada o soporte vital).

- **Infraestructura y Dotación:** Los consultorios, las salas de hospitalización y la unidad de urgencias cumplen con las condiciones físicas de accesibilidad y delimitación de áreas. Los equipos médicos cuentan con hojas de vida y registros de mantenimiento predictivo, preventivo y calibración, aunque se requiere rigurosidad en los registros diarios de las bitácoras del servicio de Odontología y apoyo diagnóstico.
- **Medicamentos y Dispositivos Médicos:** Los procesos de selección, adquisición, recepción técnica, almacenamiento, semaforización y control de cadena de frío en el servicio farmacéutico y carros de paro muestran procesos estables, requiriendo auditorías cruzadas imprevistas para evitar desviaciones en la adherencia.
- **Procesos Prioritarios e Historia Clínica:** Existen guías de atención y protocolos definidos. Sin embargo, la auditoría de calidad de la historia clínica evidencia oportunidades en el diligenciamiento completo de anexos, el registro de la conciliación medicamentosa y la firma oportuna de los consentimientos informados estructurados por procedimiento.

3.6 GESTIÓN OPERATIVA DEL RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es el pilar ético de la prestación misional en el hospital. El diagnóstico interno demuestra la presencia de lineamientos institucionales y comités de seguridad; sin embargo, para operativizar con éxito la política se debe migrar de una cultura punitiva (donde el error se oculta por temor a la sanción) hacia una cultura justa de aprendizaje organizacional.

En áreas como el Servicio de Odontología, la gestión del riesgo se ha enfocado en el despliegue de barreras de seguridad específicas: la verificación de la correcta identificación del usuario (doble chequeo), el diligenciamiento exhaustivo de antecedentes alérgicos y sistémicos en la historia clínica, la aplicación estricta de listas de chequeo pre-procedimiento quirúrgico, la vigilancia de la técnica de lavado de manos, la bioseguridad en la esterilización del instrumental y la correcta segregación de residuos peligrosos y biosanitarios. Las acciones preventivas deben orientarse al entrenamiento continuo en la identificación de "casi-fallas" para corregir los defectos del sistema antes de que impacten al paciente.

3.7 ANÁLISIS CRÍTICO DE LA LÍNEA BASE DE INDICADORES DE CALIDAD

El análisis de indicadores en el hospital cumple una función de control normativo, pero su potencial de analítica de datos se encuentra subutilizado. Los reportes de

oportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología, los niveles de satisfacción global medidos por el SIAU, los tiempos de espera en las salas de urgencias (Triage) y las tasas de reingreso hospitalario constituyen la línea base del desempeño.

La debilidad identificada radica en que la medición se realiza de forma agregada e histórica, lo cual impide una intervención gerencial oportuna. El análisis crítico propone la descentralización del indicador: cada coordinación de servicio debe poseer metas mensuales de cumplimiento y liderar mesas de trabajo técnico para analizar las desviaciones negativas frente a los estándares de la Región de Salud Noroccidente, transformando el indicador en una herramienta viva de planeación operativa.

3.8 MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONALES

La identificación y tipificación de riesgos en la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima permite estructurar el siguiente mapa operativo de prioridades gerenciales:

- **Riesgos Asistenciales:** Diligenciamiento incompleto o extemporáneo de registros clínicos; variabilidad clínica por falta de adherencia a guías actualizadas; ocurrencia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) por fallas en protocolos de asepsia; incidentes de comunicación en el proceso de entrega de turnos asistenciales.
- **Riesgos Administrativos y de Soporte:** Obsolescencia documental o pérdida de control de versiones de manuales operativos; fallas en los sistemas de información o redes de conectividad que afecten la consulta externa y tele consulta; desabastecimiento temporal de insumos críticos por problemas logísticos.
- **Riesgos Financieros y Legales:** Glosas por parte de las EAPB ante inconsistencias en soportes de facturación; incremento de la cartera de difícil recaudo; demandas por presunta falla médica ante debilidades en la custodia del consentimiento informado.

4. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA GERENCIAL

4.1 BRECHAS ENTRE LA CALIDAD OBSERVADA Y LA CALIDAD ESPERADA

Desde la perspectiva de la Gerencia en Salud, la dirección de una institución hospitalaria pública no puede limitarse a la administración de la escasez o al cumplimiento pasivo de las exigencias de los entes de control. El núcleo de la alta gerencia hospitalaria radica en la identificación y cierre sistemático de la brecha existente entre la *calidad esperada* (los estándares óptimos definidos por la

literatura científica y el marco normativo nacional) y la *calidad observada* (la realidad operativa diaria reflejada en los servicios del hospital).

El presente diagnóstico demuestra que el Hospital Hilario Lugo posee una infraestructura apta y un talento humano con una arraigada vocación de servicio humanizado; no obstante, coexisten fallas de estandarización en los macroprocesos de soporte (gestión documental y flujos de información) que fragmentan el impacto positivo de la atención asistencial. La gerencia estratégica debe asumir el liderazgo de unificar los criterios operativos de todas las coordinaciones, implementando sistemas de control de gestión que hagan visibles las desviaciones de calidad en el momento en que ocurren, permitiendo intervenciones oportunas y eficaces.

4.2 VIABILIDAD EN EL DESEMPEÑO Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS

Los procesos de mejoramiento continuo y auditoría de la calidad están indisolublemente ligados a la viabilidad financiera y la sostenibilidad operativa de la ESE. Una institución que presenta fallas en la calidad documental de sus historias clínicas o inconsistencias en la adherencia a procesos prioritarios se expone a altos índices de glosas por parte de las entidades aseguradoras, lo cual deprime el flujo de caja e impacta la disponibilidad presupuestal para la adquisición de tecnología o la retención de talento humano idóneo.

Por lo tanto, la inversión en calidad y en el robustecimiento de los ciclos de auditoría interna no debe ser interpretada por la gerencia como un gasto suntuario o un requisito burocrático, sino como una estrategia de eficiencia financiera y mitigación del riesgo legal y patrimonial. La optimización de la gestión documental y la rigurosidad en los registros clínicos blindan la facturación institucional y aseguran la sostenibilidad de la red pública en el municipio.

4.3 PROYECCIÓN DEL IMPACTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA

La transición hacia un modelo de auditoría interna proactiva generará transformaciones medibles a corto y mediano plazo en el hospital. En primera instancia, la unificación e indexación digital de la documentación institucional garantizará que el 100% del personal aplique guías clínicas vigentes y unificadas, reduciendo la variabilidad en la práctica médica y odontológica.

En segunda instancia, el despliegue de una cultura justa de seguridad del paciente incrementará el reporte voluntario de incidentes, permitiendo al Comité de Calidad analizar los fallos del sistema antes de la ocurrencia de eventos adversos graves. Finalmente, el monitoreo mensual descentralizado de indicadores dotará a los coordinadores de servicios de herramientas de gobernanza basadas en datos, impactando directamente en la reducción de tiempos de espera, el incremento de la

oportunidad de citas y la elevación de los niveles de satisfacción reportados por los usuarios en el SIAU.

5. PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL (PMI)

El presente Plan de Mejoramiento Institucional sintetiza las acciones estratégicas derivadas del diagnóstico, estableciendo metas claras y mecanismos de seguimiento para la alta gerencia y los líderes de proceso:

TABLA 1

Plan de Mejoramiento Institucional de la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima

Componente Crítico / Hallazgo	Acción de Mejora Gerencial	Responsable Operativo	Indicador de Gestión	Meta Institucional
Garantía Documental y Estandarización	Diseñar, indexar y actualizar el 100% de los protocolos y manuales de procesos misionales de la ESE.	Líderes de Proceso / Subgerencia Administrativa	Porcentaje de documentos normalizados y vigentes.	100% de la documentación institucional actualizada.
Cultura de Seguridad del Paciente	Implementar ciclos mensuales de capacitación interactiva en barreras de seguridad y prácticas seguras.	Coordinación de Calidad	Número de jornadas de capacitación ejecutadas al año.	12 ciclos anuales de capacitación (1 mensual).
Mitigación y Gestión del Riesgo	Desplegar la política de cultura justa para incentivar la notificación proactiva de fallas asistenciales.	Coordinación de Calidad y Líderes de Servicio	Variación porcentual en el registro analítico de eventos e incidentes.	Incremento del 20% en el reporte de casi-fallas e incidentes de aprendizaje.
Gobernanza Basada en Datos	Implementar comités mensuales de análisis causal para evaluar desviaciones en los tableros de control.	Coordinadores de Servicio Asistencial	Porcentaje de indicadores institucionales evaluados críticamente.	100% de indicadores analizados con metodología de causa-efecto.

Componente Crítico / Hallazgo	Acción de Mejora Gerencial	Responsable Operativo	Indicador de Gestión	Meta Institucional
Auditoría de Calidad Interna	Diseñar y ejecutar auditorías cruzadas imprevistas por procesos en la red del hospital.	Comité de Calidad Institucional	Número de ciclos de auditoría interna ejecutados en la vigencia.	4 ciclos de auditoría institucional estructurada al año.
Suficiencia Normativa (Res. 3100/2019)	Aplicar autoevaluaciones semestrales de estándares científicos y tecnológicos de habilitación.	Líderes de Servicio (Medicina, Odontología, Urgencias)	Porcentaje consolidado de cumplimiento de estándares mínimos de habilitación.	Mantener o superar el 95% de conformidad global en habilitación.

Fuente: ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima

6. CONCLUSIONES

- El diagnóstico estructural y descriptivo ejecutado ratifica que la auditoría en salud no puede operar como un sistema accesorio de inspección o castigo, sino como el componente de inteligencia de gestión más importante para el direccionamiento estratégico de las organizaciones hospitalarias públicas.
- La aplicación sistemática de los enfoques analíticos del SOGCS permitió evidenciar que la ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima posee cimientos institucionales sólidos, caracterizados por una infraestructura funcional, integralidad de servicios misionales y un talento humano con una marcada orientación hacia la atención humanizada del usuario.
- Coexisten brechas técnico-administrativas asociadas a la gestión documental fragmentada, subregistro en el mapa de eventos adversos y desarticulación en el análisis prospectivo de indicadores de calidad, factores que actúan como inductores de riesgo operativo, legal y financiero para la sostenibilidad de la organización.
- El ejercicio de la auditoría interna enfocado en servicios de alta rotación (como Odontología) demuestra que las fallas en el registro clínico y en la formalización de consentimientos informados representan las áreas de intervención prioritaria para salvaguardar la seguridad del usuario y proteger el patrimonio institucional.

- El Plan de Mejoramiento Institucional formulado dota a la alta gerencia de una matriz de intervención objetiva, viable y métrica, demostrando que el cierre de brechas de calidad es un dinamizador directo de la eficiencia operativa, la solidez financiera ante las aseguradoras y la confianza social de la comunidad de Sasaima.

7. RECOMENDACIONES ESTRATÉGICAS

- Se recomienda a la alta gerencia descentralizar el control de la calidad, transformando los indicadores en metas dinámicas mensuales bajo la responsabilidad directa de cada coordinación de servicio, promoviendo el autocontrol institucional.
- Estructurar y financiar un programa permanente de educación corporativa en salud que aborde de manera transversal la política de seguridad del paciente, la gestión predictiva del riesgo, la humanización del servicio y los cambios regulatorios del sector.
- Fortalecer de manera prioritaria los ciclos de auditoría interna del hospital mediante cronogramas estrictos de revisión de historias clínicas y procesos prioritarios, garantizando un enfoque de prevención antes de las auditorías de entes territoriales.
- Erradicar los enfoques punitivos frente al error médico, promoviendo espacios clínicos constructivos y un sistema de reporte anónimo o protegido que use la "casi-falla" como un insumo estratégico de aprendizaje organizacional.
- Institucionalizar una revisión y actualización semestral del manual de procesos, protocolos y guías de práctica clínica de la institución, asegurando la estandarización y homogeneidad en las conductas médico-odontológicas.
- Implementar un sistema estricto de control de versiones y archivo digital para la gestión documental, garantizando que todo el personal asistencial disponga de acceso rápido e inequívoco a las últimas versiones aprobadas de los protocolos.
- Desarrollar un sistema de auditoría concurrente y posterior sobre los planes de mejoramiento vigentes, verificando de forma cuantitativa el impacto de las acciones correctivas sobre el servicio al usuario.
- Robustecer la articulación entre la oficina de Calidad y el SIAU, utilizando las sugerencias, quejas y reclamos como un indicador cualitativo complementario para el rediseño de procesos asistenciales y de asignación de citas.

- Evaluar la viabilidad presupuestal para la adquisición o desarrollo de herramientas tecnológicas de analítica de datos orientadas al control de calidad, automatizando el reporte de indicadores y optimizando la toma de decisiones gerenciales.
- Mantener el compromiso del equipo directivo con la excelencia en la atención, concibiendo la gestión de la calidad no como un fin estático de cumplimiento normativo, sino como una filosofía de gestión para la sostenibilidad y el valor social de la salud pública local.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*.
- Donabedian, A. (2005). *Evaluación de la calidad de la atención médica*.
- ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima. (2023). *Portafolio institucional de servicios*.
- ESE Hospital Hilario Lugo de Sasaima. (2025). *Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)*.
- Malagón-Londoño, G. (2020). *Garantía de calidad en salud*.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto 1011 de 2006*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 256 de 2016*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Política de Seguridad del Paciente*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Lineamientos para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Seguridad del paciente: Plan de acción mundial 2021-2030*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Calidad de la atención en los servicios de salud*.

- Rodríguez, J. (2019). *Auditoría médica y de servicios de salud*.