

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 1/17

Tabla de Contenido

1. Propósito.....	3
2. Condiciones Generales.....	3
2.1 Alcance.....	3
3. Términos y Definiciones.....	3
4. Marco Legal.....	4
5. Contenido.....	6
5.1 Generalidades del concepto de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.....	6
5.2 Principios Rectores de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.....	7
5.3 Niveles de Auditoría y Acciones en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.....	7
5.4 Contexto Institucional.....	8
5.4.1 Direccionamiento Estratégico.....	8
5.4.2 Modelo de Atención y Gestión del Riesgo en Salud de EPS Famisanar SAS.....	8
5.5 Categorización y Gestión del Riesgo.....	9
5.6 Modelo de Auditoría Famisanar EPS.....	10
5.6.1 La auditoría al interior de la EPS (Auditoría en el autocontrol y auditoría interna):.....	10
5.7 La auditoría al prestador (Auditoría externa) que incluye:.....	10
5.7.1 Auditoría del Modelo de Gestión.....	10
5.7.2 Auditoría de Calidad.....	10
5.7.3 Auditoría de Concurrencia.....	11
5.7.4 Auditoría de cuentas médicas.....	11
5.7.5 Auditoría Financiera desde el análisis del costo medico.....	11
5.7.6 Auditoría de Demanda de servicios y contrato.....	11
5.7.7 Auditoría de incapacidades.....	12
5.7.8 Auditoría y monitoreo de desempeño de prestadores de servicios de salud.....	12
5.8 Evaluación de prestadores.....	12
5.9 Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades.....	13
5.10 Planeación del modelo de auditoría de Famisanar EPS.....	13
5.11 Ejecución del plan de Auditoría EPS Famisanar.....	13
5.12 Evaluación de resultados de auditorías.....	14
5.13 Cierre del ciclo de mejoramiento.....	14
5.14 Actividades Integradas De Vigilancia Epidemiológica.....	14
5.14.1 Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE):.....	15
5.14.2 Vigilancia a coberturas de actividades de Detección Temprana y Protección Específica.....	15

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 2/17

5.14.3	Vigilancia de eventos de salud evitables	15
5.14.4	Vigilancia de mortalidades evitables	15
5.14.5	Evaluación anticipada de la información para la Cuenta de Alto Costo.	15
5.15	Políticas de la ejecución de la Auditoría EPS Famisanar en red de IPS.....	16
6.	Bibliografía.	17
7.	Historial de Cambios.	17

COPIA NO CONTROLADA

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 3/17

1. Propósito.

Evaluar los resultados de la gestión en salud mediante la verificación, evaluación, gestión monitoreo e intervención de procesos de atención, que incluyan la vigilancia epidemiológica, el seguimiento y evaluación del desempeño en las IPS de las Redes Integrales de Prestadores de EPS FAMISANAR SAS, Buscando una protección financiera, efectividad clínica, y eficiencia en la prestación de servicios de salud, de acuerdo con el Modelo de Prestación de Servicios de Salud y Gestión del Riesgo en Salud.

2. Condiciones Generales.

2.1 Alcance

El proceso inicia desde la planeación de las auditorías hasta el seguimiento y evaluación de los planes de mejoramiento de los hallazgos clínicos administrativos derivados de la prestación de servicios de salud, en los ámbitos ambulatorios y hospitalarios.

3. Términos y Definiciones.

- **ACCESIBILIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **ATENCIÓN DE SALUD:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- **AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **CONTINUIDAD:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico
- **EFICACIA:** Capacidad de lograr el resultado deseado en un tiempo determinado.
- **EFICIENCIA:** Capacidad de lograr el resultado deseado con el mínimo de recursos disponibles.
- **EFFECTIVIDAD:** Capacidad de lograr el resultado deseado equilibrando la eficacia y eficiencia.
- **EVALUACION:** es el análisis del resultado de las intervenciones en salud que implica la definición y priorización de criterios e indicadores que permiten medir y comparar el nivel de desempeño de los agentes tanto en la prestación como en los resultados de salud de la población objeto. En otras palabras, se evalúa no solo el desempeño de la red, sino también los resultados que se desprenden de su prestación.
- **EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO:** Ejercicio selectivo y periódico que tiene como propósito valorar de forma sistemática el proceso de atención en salud a la población con relación a los atributos de pertinencia, accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutiveidad, sin dejar de lado la evaluación de la eficacia de las intervenciones y la eficiencia en el manejo de la red, frente a indicadores y metas establecidas previamente.
- **GARANTÍA DE LA CALIDAD:** es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio en salud o que incrementen los riesgos a los pacientes.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 4/17

- **GESTIÓN DEL RIESGO:** Consiste en identificar, medir o evaluar y controlar el riesgo a través de planes de mejoramiento.
- **INDICADOR:** Son instrumentos de medida usados para describir y comprender como funciona la calidad de un sistema o una actividad de la salud, nos brindan información relativa a varios aspectos e intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para poder respaldar acciones, evaluar logros y metas. Los indicadores de salud y/o relacionados, se emplean en particular para evaluar la eficacia y los efectos de la atención prestada
- **OPORTUNIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **PERTINENCIA:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **RIESGO:** Posibilidad de que ocurran, lesiones físicas, daños materiales, pérdidas económicas, efectos legales, daño reputacional como consecuencia del curso de una acción u omisión en particular.
- **SATISFACCIÓN:** Nivel de respuesta a las necesidades y expectativas del usuario.
- **SEGUIMIENTO:** función continua de recopilación y análisis de información (frente a unos referentes, estándares y resultados definidos), que tiene como propósito su supervisión y control mediante indicadores de alerta del proceso
- **SEGURIDAD:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente

4. Marco Legal.

La Auditoría de Riesgo Individual se fundamenta sobre las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, Sistema General de Seguridad Social en Salud, con sus diferentes reformas, incluyendo Ley 1438 de 2011.
- Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015, Por medio del cual se Regula el Derecho Fundamental a la Salud.
- Decreto 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- Plan Nacional De Desarrollo 2018 – 2022, con su Ley 1955 de 2019 por medio de la cual se reglamenta.
- Resolución 1536 de 2015, mediante la cual se establecen las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.
- Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud – MIAS - (PAIS)
- Resolución 256 de 2016 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- Resolución 1441 de 2016, por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 3202 de abril de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 5/17

- Decreto 682 de 2018, Mediante el cual se establecen las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.
- Circular 004 de 2018, por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos.
- Resolución 3280 de agosto de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.
- Resolución 4559 de 2018: Actualización de las categorías de riesgo y vigilancia normativa riesgos en salud, actuarial, crédito, liquidez, mercado de capitales, operacional, fallas de mercado, riesgo de grupo y reputacional, SARLAFT
- Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de la Historia Clínica.
- Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
 - o "ARTÍCULO 38°. - PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS EAPB SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto".
- Circular 012 de 2016. por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad'.
- Resolución 4505 de 2012 Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento".
- Resolución 202 de 2021 Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal
- Resolución 1536 de 2016 Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.
- Resolución 5095 de 2018 por la cual se adopta el manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1
- Resolución 4505 de 2012. Registro de actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de guías de atención integral para las enfermedades en salud pública.
- Resolución 1552 de 2013. Indicadores de oportunidad para la asignación de citas.
- Resolución 3100 de 2019. Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 5857 de 2018. Actualización de Plan de beneficios en Salud.
- Resolución 0256 de 2016. Sistema de Información para la Calidad e indicadores para el monitoreo de la Calidad en Salud.
- Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 6/17

- Gestión del Mejoramiento Continuo de Calidad. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad
- Resolución 3047 de 2008, Anexo 8, 6, 5 Glosas y devolución, detalle de facturación.
- Decreto 3380/ de 1981 Artículo 15 Junta médica.
- Resolución 497 de 2021 Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud
- Decreto 441 Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Y demás normas que los sustituyan o los complementen.

5. Contenido.

5.1 Generalidades del concepto de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Para Famisanar E.P.S la auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con estándares óptimos, a través de la cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización). En la auditoría se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas. Debe combinar técnicas de auditoría (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad) con el despliegue de comités, evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo.

Aunque la auditoría en salud no constituye investigación clínica, sí comparte con esta la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades de la metodología. En consecuencia, deben emplear instrumentos adecuados al problema al cual apunte la auditoría, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que, al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética

5.2 Principios Rectores de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Los principios rectores en los que se fundamenta la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud son:

	Proceso: Evaluación de la atención en salud
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud
Fecha Actualización: 17/06/2022 Página 7/17	

- **Promoción del Autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.
- **Enfoque Preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y Respeto:** La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.
- **Sencillez:** Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

5.3 Niveles de Auditoría y Acciones en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

La auditoría en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberá implementarse en las instituciones y entre las organizaciones. Para promover que las instituciones del sector desarrollen acciones que promuevan la aplicación del enfoque propuesto para la auditoría, la norma establece que el modelo operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa; los dos primeros operan en el nivel de micro gestión, y el tercer nivel, en el de mesogestión.

Acorde con el artículo N° 33 del decreto 1011 de 2006, en Famisanar EPS Los niveles de auditoría se encuentran definidos en el Manual Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud (PAMEC). Asimismo, El artículo N° 34 del decreto 1011 de 2006, define unos tipos de acciones bajo las cuales se debe desarrollar la auditoría para el mejoramiento de la calidad, a través de acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales. Definido de igual manera en este documento.

5.4 Contexto Institucional

5.4.1 Direccionamiento Estratégico

La auditoría contribuirá en Famisanar EPS al mejoramiento continuo de la calidad y buscará promover el desarrollo del nivel de autocontrol en los líderes organizacionales, en el marco del Direccionamiento Estratégico organizacional (visión, misión, política de calidad, política de humanización, atributos de calidad, valores) y Sistema de Administración de Riesgos Institucional, de manera que se pueda impactar el nivel de satisfacción y recomendabilidad de nuestros usuarios, crecimiento en el número de afiliados, la

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 8/17

gestión del riesgo desde la racionalidad técnico científica y económica. Asimismo, lograr la estabilización de la siniestralidad, estabilización y disminución de la carga de enfermedad y el fortalecimiento de los sistemas de información.

Los términos de la ejecución de las auditorías y del mejoramiento continuo se encuentran definidas en el Manual Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC).

5.4.2 Modelo de Atención y Gestión del Riesgo en Salud de EPS Famisanar SAS

La EPS ha definido y priorizado las líneas para la gestión integral del riesgo en toda la Organización, generando los lineamientos para la implementación y ejecución de las acciones de mayor impacto. Lo anterior se realiza a nivel nacional y regional teniendo en cuenta las articulaciones intersectoriales normativas del sistema: Política Integral de Atención en Salud, Modelo de Atención Integral en Salud y sus Rutas Integrales de Atención en Salud y los Planes Territoriales de Salud.

Además, ha adoptado cuatro (4) Líneas Estratégicas, que articulan actores y procesos en los elementos específicos de intervención hacia la identificación temprana y anticipada de situaciones que afectan la salud de sus afiliados.

Las 4 Líneas Estratégicas definidas son:

- **Intervención Anticipada de los Riesgos:** relacionadas con la identificación anticipada de condiciones demográficas y epidemiológicas de riesgo en la población afiliada, que enlazan diversas actividades con los diferentes agentes de la gestión y atención en salud, así como otros recursos dispuestos en la gestión intersectorial a través de la articulación de acciones de las Entidades Territoriales de Salud descritos en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), con el objeto de dar respuesta y garantizar acciones conjuntas para la protección de la población en las dimensiones priorizadas en el Plan de Decenal de Salud Pública.
- **Intervención Contingente de los Riesgos:** establecer criterios para la atención diferencial, a través de la integración de los prestadores que pueden garantizar la implementación de las rutas y/o programas definidos o evaluar la inclusión en los programas para la prestación integrada por unidades funcionales de gestión específica de riesgos.
- **Intervención Vigilante de la Seguridad del Paciente y los Procesos de Salud:** a través de tres estrategias: Gestión y monitoreo de la población y actividades en salud de Grupos de Riesgo – Cohortes de Impacto y resultados; Actividades integradas de Vigilancia Epidemiológica (Comité de Vigilancia Epidemiológica-COVE), Vigilancia Cuenta de Alto Costo, etc.; Auditoría y monitoreo de desempeño de prestadores de servicios de salud, mediante sistema de alertas e indicadores de oportunidad, acceso, adherencia.
- **Gestión del Conocimiento, Investigación, Innovación hacia la Gestión Clínica:** la gestión del conocimiento, a través de la información, es fundamental para la generación de estrategias, modelos y herramientas que permitan obtener los resultados favorables clínica y financieramente en las intervenciones de salud que realiza a través de sus aliados o en forma directa.

Las estrategias se desarrollan soportadas en tres grandes Líneas de Gestión que permiten además de la identificación y seguimiento a los riesgos identificados, la Gestión del Afiliado, la Gestión de la Atención en Salud y la Gestión de los Recursos.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 9/17

Gráfica N° 1. Estrategias de Gestión de los Riesgos en Salud – Afiliados EPS FAMISANAR SAS



Fuente: Modelo de atención y Gestión del Riesgo en Salud - EPS Famisanar

5.5 Categorización y Gestión del Riesgo

El nivel de auditoría en Famisanar EPS está enmarcado en las siguientes categorías de riesgo, las cuales se deben ser gestionadas desde los diferentes componentes del Modelo de Atención y Gestión del Riesgo en Salud:

- **Riesgo en Salud - Resultados Sanitarios, (Riesgo Clínico):** “Probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”. El evento, la ocurrencia de la enfermedad / traumatismo o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados.
- **Riesgo Salud – Riesgo Actuarial:** Dentro de esta categoría la Auditoría de la EPS estará enmarcada en: *Riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbilidad, mortalidad y en los costos de atención y Riesgos de los cambios tecnológicos.* Probabilidad de pérdida de un periodo contable que se genera como consecuencia de diferencias apreciables entre las condiciones de morbilidad y mortalidad asumidas y las actuales, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.
- **Riesgo de liquidez:** La probabilidad que la EPS no tenga la capacidad financiera para cumplir sus obligaciones de pago tanto a corto como a largo plazo.

El Manual de Auditoría de Famisanar EPS, estipula los tipos de auditoría en los diferentes niveles y cubriendo los diferentes tipos de acciones, teniendo en cuenta la gestión del riesgo, como eje fundamental del seguimiento en la prestación de servicios en términos de calidad y efectividad y que se deben evidenciar en el seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades. A continuación, se describe el modelo de auditoría con el que cuenta la EPS.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud
Fecha Actualización: 17/06/2022 Página 10/17	

5.6 Modelo de Auditoría Famisanar EPS.

El modelo propone la ejecución de auditorías al interior de la EPS y auditorías al prestador

5.6.1 La auditoría al interior de la EPS (Auditoría en el autocontrol y auditoría interna):

Auditoría de Calidad: El objetivo de la auditoría de calidad es evaluar el cumplimiento de los criterios técnicos administrativos al interior de la EPS, acorde con los requerimientos ya establecidos para el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y que validará los siguientes criterios:

- Sistema Único de Habilitación
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)
- Programa de Seguridad del Paciente

5.7 La auditoría al prestador (Auditoría externa) que incluye:

5.7.1 Auditoría del Modelo de Gestión

Este seguimiento tiene como objetivo evaluar la implementación de los modelos de gestión de los prestadores y se enmarca en los siguientes aspectos que se debe articular con cada una de las etapas de la ejecución de la Ruta:

- Auditoría de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) priorizadas por territorio
- Protocolos de atención y evaluación de Adherencia a Guías de práctica clínica para las cohortes de impacto en los Grupos de Riesgo priorizado.

5.7.2 Auditoría de Calidad

El objetivo de la auditoría de calidad es evaluar el cumplimiento de los criterios técnicos administrativos acorde a los requerimientos ya establecidos para el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y que validará los siguientes criterios:

- Sistema Único de Habilitación
- PAMEC
- Programa de Seguridad del Paciente
- Implementación de los Sistemas de Información
- Humanización del Servicio

5.7.3 Auditoría de Concurrencia

La auditoría concurrente hace referencia a las actividades de seguimiento realizadas, durante el proceso de atención de los usuarios afiliados. Esta auditoría está orientada a verificar las condiciones de calidad del proceso de atención, entendida ésta como la pertinencia, continuidad, oportunidad, racionalidad técnico- científica, seguridad y accesibilidad en la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Famisanar EPS, podrá desarrollar actividades de auditoría concurrente a todas las instituciones de la red prestadora adscrita y no adscrita, de servicios ambulatorios, hospitalarios, de baja, mediana o alta complejidad. Las definiciones de las instituciones que serán objeto de esta intervención tienen foco y priorización de conformidad con los comportamientos de demanda y concentración de servicios y costos observados

	Proceso: Evaluación de la atención en salud
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud
Fecha Actualización: 17/06/2022 Página 11/17	

5.7.4 Auditoría de cuentas médicas

El objetivo de esta modalidad es realizar un seguimiento a los prestadores, incluyendo los aspectos técnicos, administrativos y científicos a:

- Oportunidad del reporte de glosas médicas
- Validación de notas crédito de glosas medicas
- Pertinencia medica
- Monitoreo del % de glosa auditoria médica
- Monitoreo del % de glosa sostenida médica
- Oportunidad en el proceso de conciliación de cuentas médicas

Las auditorías de cuentas medicas es complementario a lo establecido en el Manual de Cuentas Medicas y Manual de Metodologías para Auditoria de Cuentas Médicas.

5.7.5 Auditoría Financiera desde el análisis del costo medico

La evaluación de costo médico, tiene como finalidad identificar riesgos de salud o eventos (siniestros) que registran un impacto desfavorable en el comportamiento esperado del costo médico de la población objeto que relaciona, con lo cual se establece un mecanismo de alertas, que facilita la identificación de los que requieren la mayor prioridad de intervención. Los costos médicos en salud, de valor presente son comparados con los promedios o referentes históricos, de forma que se pueda determinar si el comportamiento registra línea de tendencia dentro del margen esperado o por el contrario registra desviaciones extremas y debe ser intervenido.

5.7.6 Auditoria de Demanda de servicios y contrato

Entre los factores de intervención se determinan: seguimiento y alertas por hospitalizaciones prolongadas, reingresos, frecuencia de internaciones en cuidados intensivos, intermedios y crónicos, incidencia de hospitalizaciones de pacientes objeto de seguimiento en grupos población cohorte-impacto. Así mismo alertas de desviaciones de la frecuencia y costo de servicios, los cuales cumplirán un proceso de auditoría o evaluación orientado a los resultados en calidad, costo-efectividad, racionalidad en la conducta prescriptiva por parte de los profesionales adscritos, evitabilidad-viabilidad, pertinencia, experiencia del usuario, resultados en salud, prácticas seguras, notificación control y gestión de eventos adversos en la prestación de servicios de salud, cumplimiento de condiciones contratadas, entre otros.

5.7.7 Auditoría de incapacidades

Esta tiene como objetivo Identificar desviaciones que impactan el costo de incapacidades a cargo de FAMISANAR EPS para generar intervención de estas, logrando un proceso costo eficiente, de aquellas cuyo origen obedezca al análisis de las causas inherentes a la liquidación de estas.

5.7.8 Auditoría y monitoreo de desempeño de prestadores de servicios de salud

Acorde con lo estipulado para el Sistema de Información en salud, la evaluación se realizará en beneficio del seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, así mismo de la verificación de los cumplimientos de las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. El apoyo de dicho seguimiento se realizará acorde a la evacuación de los resultados de indicadores definidos en la normatividad vigente a saber:

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 12/17

- Indicadores Resolución 4505 de 2012
- Resolución 202 de 2021
- Indicadores Resolución 1552 de 2013
- Indicadores Resolución 256 de 2016
- Indicadores de la cuenta de alto costo (Resolución 0247 de 2014, Resolución 1393 de 2015, Res. 273 de 2019, Resolución 2463 de 2014)
- Resolución 3280 de 2018

Y demás normas que los sustituyan o los complementen.

El propósito de estos indicadores para Famisanar EPS, implicará un seguimiento efectivo materializado en el monitoreo de los resultados en Salud que involucre en primera medida que a partir del dato se dé un adecuado seguimiento de la gestión del riesgo en salud, pasando por aspectos claves del proceso de atención como lo son seguimientos para los resultados de la respuesta terapéutica, igualmente analizar el comportamiento de los datos asociados a evitabilidad y efectividad, costo en salud, siempre hacia la búsqueda de la mejora de la prestación de los servicios.

En caso de eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito, que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud y el cumplimiento de los indicadores pactados, estos deberán ser ajustados de acuerdo con las nuevas condiciones. Es responsabilidad de cada líder de los indicadores informar a la Dirección de Calidad en Salud y realizar el ajuste de dichos indicadores.

5.8 Evaluación de prestadores

El monitoreo de desempeño de los prestadores de servicios se realiza a través de los datos de los sistemas de información de la EPS-IPS, los cuales constituyen la fuente para la generación de mediciones de indicadores en la ejecución de actividades de estos, donde independientemente de la modalidad de los acuerdos de voluntades, podrán tener condiciones de seguimiento como una de las herramientas para la auditoría de la gestión clínica de las entidades.

5.9 Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades

La normatividad vigente estipula que los anexos de los contratos contarán con el listado de indicadores normativos y propios de la monitorización de los servicios a prestar, que serán pactados con los prestadores que conforman las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) y que serán objeto de evaluación desde la Auditoría Integral a los Acuerdos de Voluntades en los aspectos financieros, técnico científico, administrativo y de calidad.

El reporte de los resultados de los indicadores por parte de los prestadores constituye un requerimiento obligatorio para la evaluación de los acuerdos y deberá ser entregado acorde a la naturaleza del servicio prestado.

Los análisis y la intervención producto de los resultados de los indicadores se realizará de manera articulada entre la EPS y el prestador y se dejarán en los acuerdos de voluntades.

5.10 Planeación del modelo de auditoría de Famisanar EPS.

El modelo de Auditoría de Famisanar EPS inicia con la definición de la calidad esperada la cual se soportará en los instrumentos de verificación generados para el desarrollo de las auditorías en las diferentes modalidades definidas en el presente manual, frente a la red de prestadores de Famisanar EPS.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud
Fecha Actualización: 17/06/2022 Página 13/17	

Las herramientas de calidad y metodologías aplicadas se basan en la identificación de aspectos trazadores del proceso evaluado y la comparación con el cumplimiento de los estándares establecidos (o calidad esperada), permitiendo identificar problemas de calidad, riesgos y fallas del proceso objeto de intervención.

Así las cosas, se define el cronograma de los planes de auditoría anual para las diferentes modalidades del presente manual, donde la fecha y frecuencia de la realización de estas se realizará de acuerdo con los criterios de priorización de la Entidad. La metodología se basa en la evaluación de los procesos internos basados en estándares normativos en la EPS y en la gestión clínica en las IPS que permitirá a través de la gestión del riesgo individual y colectivo, identificar la forma como los prestadores de la red contratada ejecutan el Modelo de Prestación de Servicios de Salud.

5.11 Ejecución del plan de Auditoría EPS Famisanar

Para la ejecución de cada una de las modalidades de auditorías que Famisanar E.P.S implementa de cara al cumplimiento del modelo de mejoramiento continuo en el que se definen los siguientes elementos como indispensables para la ejecución de esta

- Definición cronograma de Intervención IPS
- Planeación de la Auditoría que incluye la definición de: Objetivo general, alcance, metodología, con los aspectos a evaluar.
- Definición de indicadores a evaluar
- Normatividad que aplica a cada intervención.
- Desarrollo de la Auditoría en la que se acopiará información a partir de unas herramientas previamente diseñadas, partiendo de la inspección de los documentos soportados por el proceso auditado, la entrevista con los líderes de los procesos y la observación directa del proceso.

5.12 Evaluación de resultados de auditorías

Culminada la fase de auditoría se procede a la fase de análisis de los datos obtenidos, los cuales deben ser abordados inicialmente a partir del objetivo y las mediciones que se plantearon como parte integral de la misma.

Con el Informe de auditoría consolidado frente a los elementos mencionados en el punto anterior se emiten los conceptos materializados en fortalezas y oportunidades de mejora, los cuales serán socializados al interior de la EPS y con el prestador auditado y la Gerencia Técnica de Calidad de Famisanar EPS, para de esta manera establecer los acuerdos y plazos para la generación de planes de mejoramiento, a que haya lugar

5.13 Cierre del ciclo de mejoramiento

Famisanar E.P.S define como parte fundamental de modelo de auditorías, el cierre de ciclos de mejoramiento donde una vez finalizada la intervención del equipo auditor, y a partir de las oportunidades de mejora identificadas en la institución o proceso auditado se generará el plan de mejora en los plazos y criterios definidos el cual no debe superar los ocho días posteriores al cierre de esta. Este conlleva a un conjunto de acciones, que, implementadas, permiten que los resultados de las auditorías realizadas se traduzcan en la mejora de la satisfacción del afiliado, aportando en el avance de la organización, reflejado en el análisis y toma de decisiones, a partir de datos objetivos. Estas acciones se relacionan a continuación:

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 14/17

- Revisión del plan de mejora, en términos de calidad de la definición de acciones propuestas y mediciones asociadas a la mejora esperada por parte de la Entidad auditada
- Determinación de los plazos al seguimiento de los cierres de acciones
- Análisis del impacto de la mejora implementado frente a los soportes aportados por la institución auditada.
- Programación de nuevo ciclo de auditoria acorde a la priorización otorgada por los resultados obtenidos
- Elaboración de informes en términos del análisis de los factores de riesgo identificados y subsanados al cierre del ciclo.
- Análisis indicadores con enfoque de riesgo

El cierre del ciclo de mejoramiento implica que además de los factores evaluados en las auditorías realizadas se destine un capítulo especial para analizar los resultados en términos de eficiencia frente a la administración del riesgo individual que aporte a las siguientes líneas

- Fortalecimiento de la gestión del riesgo primario
- Gestión evitabilidad y efectividad clínica
- Gestión de resultados frente al cumplimiento del Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad
- Intervención del impacto de costos en salud desde la auditoria médica
- Gestión del riesgo frente a seguridad del paciente

5.14 Actividades Integradas De Vigilancia Epidemiológica

FAMISANAR EPS ha definido como componentes de la vigilancia epidemiológica las siguientes acciones de seguimiento:

5.14.1 Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE):

Es de obligatorio cumplimiento en la Organización y responde a los lineamientos definidos por la Resolución 3518 de 2006. El reglamento interno, mecanismos, metodologías, instrumentos de evaluación y pautas para la ejecución son descritos en los anexos de estructura de reuniones de la Gerencia de Salud y el procedimiento de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública que contiene el alcance para la EPS y los prestadores.

5.14.2 Vigilancia a coberturas de actividades de Detección Temprana y Protección Específica

Se ejecuta por medio del monitoreo y seguimiento nominal al cumplimiento y registro de las actividades definidas en la Resolución 4505/2012, la cual tiene una periodicidad trimestral e implica el análisis de información proveniente de las IPS del componente primario de las RIPSS de FAMISANAR, de acuerdo con los mecanismos, metodología e instrumentos descritos en el procedimiento de promoción y prevención.

5.14.3 Vigilancia de eventos de salud evitables

El monitoreo a los eventos en salud evitables inicia desde la identificación en el nivel hospitalario, la marcación en el sistema de información (módulo de auditoría) y la posterior retroalimentación de los casos por medio del observatorio de Evitabilidad a las áreas de Riesgo Poblacional y Riesgo Intermedio y Avanzado, quienes intervienen a los prestadores en los equipos primarios de gestión IPS – EPS.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 15/17

La periodicidad del monitoreo y reporte de información es mensual y son ejecutados de acuerdo con el procedimiento de evitabilidad

5.14.4 Vigilancia de mortalidades evitables

Ante la ocurrencia de una mortalidad evitable en FAMISANAR EPS, los prestadores reportan de manera obligatoria al SIVIGILA y es conformado un equipo interdisciplinario IPS y EPS que analiza el evento conforme a las políticas operacionales y actividades descritas en el procedimiento de Análisis de Caso.

Los resultados del análisis generan planes de mejoramiento IPS y EPS que posteriormente tienen seguimiento al impacto, monitoreo y generación de alertas por medio del observatorio de Salud Pública.

5.14.5 Evaluación anticipada de la información para la Cuenta de Alto Costo.

Una vez realizado el alistamiento de las bases de datos que serán entregadas a la Cuenta de alto costo para las patologías de obligatorio reporte, la información es sometida a la verificación de la confiabilidad y validez de la información a través de la comparación de los registros frente a los soportes de las historias clínicas que entregan los prestadores.

La verificación permite realizar ajustes a la información y mitigar el riesgo de objeciones durante la auditoría.

Adicionalmente es insumo para retroalimentar a los prestadores acerca de la calidad del dato y el establecimiento de planes de mejoramiento por parte de la red de prestadores con el posterior seguimiento en la efectividad de estos por parte de la EPS.

5.15 Políticas de la ejecución de la Auditoría EPS Famisanar en red de IPS

- La implementación del modelo de auditoría de Famisanar será aplicada a la red de prestadores adscrita y no adscrita por Famisanar.
- La auditoría EPS Famisanar está enfocada a evaluar los atributos de calidad: accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia, efectividad, pertinencia, continuidad y racionalidad técnico - científica de la prestación de los servicios de salud, aplicando las metodologías e instrumentos definidos por la organización.
- Las variables sujetas de intervención por la auditoría hospitalaria está determinada por la oportunidad, eventos adversos, patología evitable, reingresos, estancias prolongadas, quejas de acto médico, promedio de egresos, promedio de estancias, costo de la atención y facturación de los servicios prestados.
- Verificar y evaluar la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios de salud en los ámbitos hospitalarios como ambulatorios.
- Evaluar las Guías de Práctica Clínica previamente para identificar la variabilidad clínica que no permite la adherencia a las mismas.
- Ejecutar a través de la auditoría hospitalaria acciones clínicas y administrativas accesibles, seguras, eficientes, eficaces, efectivas, con enfoque de riesgo, para el logro de los resultados en salud
- En los casos donde se genere una diferencia de concepto clínico, sustentado por los resultados de la medicina basada en la evidencia, se concertará un comité de expertos (comité de ad hoc) para el análisis de los mismos.
- Se citará comité médico institucional para la revisión y análisis de casos cuando se amerite.
- Se aplicará por mutuo acuerdo entre las partes la metodología de revisión cuentas médicas por muestreo o revisión al cien por ciento teniendo en cuenta el modelo de facturación según normatividad vigente.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 16/17

- En aquellas IPS donde se acuerde revisión de cuentas médicas por muestreo serán excluidas y revisadas al cien por ciento las atenciones susceptibles de recobro, entre las cuales están ATEL, SOAT, Tutela, régimen subsidiado con servicios NO PBS, facturas con cobros de servicios NPBS, facturas origen atención COVID-19, Facturas de connotaciones clínicas, no resueltas en concurrencia entre las partes.
- Las facturas correspondientes a cobros de servicios cubiertos por el Plan Complementario y cortes de facturación serán auditadas al cien por ciento.
- Las IPS en donde no hay presencia de auditor, estas radicarán directamente las facturas a la unidad operativa de Famisanar S.A.S donde se realizará el debido proceso de auditoría de cuentas.
- Los comités de gestión EPS – IPS serán concertados y realizados con la periodicidad que se requiera para evaluar el comportamiento de la prestación de los servicios de salud a través de los indicadores de gestión y resultado.
- Los resultados obtenidos de los comités de Gestión realizados con el prestador generarán planes de mejoramiento que tendrán el seguimiento de cumplimiento correspondiente.
- Durante la auditoria de concurrencia se generarán objeciones las cuales deberán ser conciliadas en ese mismo momento con el auditor par de la IPS o con el funcionario que la IPS delegue.
- La IPS permitirá el acceso a la información de forma digital o física según el caso que necesite el auditor para la gestión diaria entre los cuales están, historia clínica, facturas, protocolos, guías de atención clínica, planes de mejoramiento, indicadores de calidad de la información, censo diario, consolidado egresos, entre otros.
- Definir los canales de comunicación entre IPS y EPS, y las personas de contacto resolutive para evitar reprocesos y permitir la oportunidad en la solución de inconvenientes.
- Contar con un espacio disponible en las instalaciones del prestador para la ejecución de las auditorias concurrentes y de cuentas médicas.
- En las IPS donde no hay asignado auditor concurrente de la EPS FAMISANAR deberán enviar diariamente el censo hospitalario y asignar una persona para suministrar la información y/o el envío de la historia clínica sobre los pacientes al auditor asignado por la EPS para el seguimiento, o acceso remoto a la historia clínica del paciente, teniendo en cuenta los principios de habeas data.
- Que la IPS permita el acceso al Programa Domiciliario de la EPS FAMISANAR para la búsqueda activa de pacientes susceptibles en esta modalidad.

6. Bibliografía.

- ✓ Modelo de Atención y Gestión del Riesgo. EPS Famisanar. 2018/2019.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. Gestión integral del riesgo en salud. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Enero, 2015.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Unidad Sectorial de Normalización en Salud. Bogotá, octubre 2011.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Plan estratégico 2016-2021. Colombia, diciembre 2016.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., Enero de 2016.
- ✓ Superintendencia Nacional de Salud. Supervisión Basada en Riesgos en el sector salud (SBR). 2016.
- ✓ Superintendencia Nacional de Salud. Circular 004 del 29 de junio de 2018.

	Proceso: Evaluación de la atención en salud	
	Subproceso: Auditoría y evaluación de resultados en salud	
	Manual: Auditoría de Riesgo Individual y de Calidad del Modelo de Prestación de Servicios de Salud	
Fecha Actualización: 17/06/2022		Página 17/17

7. Historial de Cambios.

Fecha	Descripción de Cambios
09/2017	Creación de documento
02/2019	Ajuste de los procesos y procedimientos al Modelo actual Famisanar
17/06/2022	Se ajusto el alcance y las definiciones del Modelo de Auditoria Famisanar EPS, se relaciona la informacion del presente Manual con los lineamientos del PAMEC Se incluye la descripción del seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades , se fortaleció el ciclo de mejora frente a la Auditoria en Salud, Actualización General del proceso acorde a normatividad vigente.

COPIA NO CONTROLADA