

Auditoria De Calidad Del Diligenciamiento De Historia Clínica Y El Consentimiento Informado En Procedimientos Odontológicos En La Institución Qualident

Trabajo final presentado por:	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Mónica Patricia Lorduy Flórez
Programa:	Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud
Docente:	Johan Ortiz Guzman
Fecha:	11 de Agosto de 2026

Índice de contenidos

Resumen	4
Abstract.....	¡Error! Marcador no definido.
1.	Introducción
6	
1.1.	Objetivo General
6	
1.2.	Objetivos Específicos
6	
1.3.	Metodología
7	
1.3.1.....	Identificación y Análisis del Problema
	¡Error! Marcador no definido.
1.3.2.....	Planificación de la Solución
	¡Error! Marcador no definido.
2.	Identificación y descripción un problema al interior de la organización
	¡Error! Marcador no definido.
2.1.	Descripción de la empresa a intervenir
8	
2.1.1.....	Misión
9	
2.1.2.....	Visión
9	
2.1.3.....	Mapa de procesos
9	
2.1.4.....	Descripción del proceso a intervenir
11	
2.1.5.....	Descripción del problema que presenta el proceso
122.1.5.	Descripción y diagnóstico del problema que presenta el proceso

2.1.5.1. Contexto institucional y unidades de análisis	
2.1.5.2. Análisis de causas fundamentales	
2.1.5.3. Análisis de efectos	
2.1.5.4. Técnicas e instrumentos para el diagnóstico	
2.1.5.5. Indicador de calidad	
3.Establecimiento de planes de acción para la solución del problema	20
3.1.Establecimiento de objetivos	20
3.2. Descripción de la solución	22
3.3. Secuencia de actividades para ejecución de la solución	22
3.4. Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución	24
4. Definición del alcance de la solución, partes interesadas, cronograma y presupuestos.	28
4.1. Alcance final de la solución	28
4.2. Identificación de responsables de las actividades para ejecución	28
4.3.Cronograma de ejecución	29
4.4.Presupuesto	30
5.Referencias bibliográficas	32

RESUMEN

El presente proyecto de aplicación se desarrolló en Clínicas Odontológicas Qualident, institución prestadora de servicios de salud con tres sedes, y tuvo como propósito fortalecer el proceso de auditoría y el diligenciamiento de las historias clínicas y los consentimientos informados en los procedimientos odontológicos. La problemática identificada se relacionó con inconsistencias documentales, falta de estandarización en los procesos de auditoría, deficiencias en la adherencia a los protocolos institucionales y desconocimiento de algunos formatos de consentimiento informado, situaciones que pueden afectar la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la trazabilidad de la información y el cumplimiento de los requisitos institucionales y normativos.

La metodología se desarrolló mediante un enfoque mixto, con diseño no experimental, alcance descriptivo y componente analítico. El diagnóstico se realizó a través de la revisión documental de registros clínicos y la aplicación de instrumentos de verificación, permitiendo identificar las principales brechas en el diligenciamiento de la historia clínica y los consentimientos informados.

Como solución, se propuso el diseño y la implementación de una lista de chequeo institucional, el fortalecimiento de las capacitaciones y procesos de reinducción, la socialización de los formatos de consentimiento informado, la realización de auditorías internas, la retroalimentación de hallazgos y el seguimiento de indicadores de cumplimiento. El alcance de la intervención comprende las tres sedes de Qualident, con énfasis en la sede Álamos Norte como unidad de referencia. La propuesta busca contribuir al mejoramiento continuo de la calidad documental, fortalecer la adherencia del talento humano a los protocolos institucionales y establecer mecanismos sostenibles de seguimiento y mejora.

Palabras clave: auditoría de calidad, historia clínica, consentimiento informado, calidad en salud, seguridad del paciente, mejoramiento continuo.

ABSTRACT

This applied project was developed at Qualident Dental Clinics, a healthcare institution with three locations, and aimed to strengthen the auditing process and the completion of medical records and informed consent forms in dental procedures. The identified problem was related to documentation inconsistencies, lack of standardization in auditing processes, deficiencies in adherence to institutional protocols, and limited knowledge of certain informed consent forms. These situations may affect the quality of care, patient safety, information traceability, and compliance with institutional and regulatory requirements.

The methodology was developed using a mixed-methods approach, with a non-experimental design, descriptive scope, and an analytical component. The diagnosis was carried out through documentary review of clinical records and the application of verification instruments, which made it possible to identify the main gaps in the completion of medical records and informed consent forms.

As a solution, the project proposed the design and implementation of an institutional checklist, the strengthening of training and reorientation processes, the dissemination of informed consent forms, the implementation of internal audits, feedback on findings, and the monitoring of compliance indicators. The intervention covers Qualident's three locations, with an emphasis on the Álamos Norte location as the reference unit. The proposal seeks to contribute to the continuous improvement of documentation quality, strengthen staff adherence to institutional protocols, and establish sustainable monitoring and improvement mechanisms.

Keywords: quality audit, medical record, informed consent, healthcare quality, patient safety, continuous improvement.

1. INTRODUCCIÓN

Este proyecto de aplicación en investigación-acción se desarrolla en QUALIDENT, una institución prestadora de los servicios de salud especializada en odontología ubicada en la ciudad de Bogotá, contando con tres sedes con misma razón social.

La problemática central que aborda la investigación se enfoca en las inconsistencias detectadas en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica y el uso adecuado del consentimiento informado durante la realización de los procedimientos odontológicos. Este proceso crítico representa un riesgo significativo en términos de cumplimiento normativo, seguridad del paciente y responsabilidad ético-legal. Ante esta expectativa, la investigación-acción permite articular la teoría con la práctica en un entorno real, desarrollando competencias de diagnóstico, análisis y planificación para diseñar e implementar soluciones factibles que optimicen la eficiencia operativa y garanticen la calidad asistencial en la organización.

1.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal del proyecto fue desarrollar una solución operativa al problema de las inconsistencias y la falta de estandarización en los procesos de auditoría y en el diligenciamiento adecuado de la historia clínica y el consentimiento informado por parte de los colaboradores de QUALIDENT. La intervención se orientó no solo a corregir el problema identificado, sino también a proporcionar una propuesta sostenible que pudiera integrarse a la estructura de la organización, elevando los niveles de eficiencia y alcanzando los estándares de desempeño requeridos en el proceso intervenido.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para cumplir con el objetivo general, se establecieron tres objetivos específicos:

- Verificar la adherencia actual del personal asistencial en el diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado en las sedes de QUALIDENT, identificando las principales fallas documentales en los servicios ofertados.

- Realizar la auditoría de calidad y un protocolo estandarizado para el registro de la información clínica, ajustados a la normatividad de salud vigente y a las dinámicas operativas de la institución.
- Evaluar el impacto de la intervención en la calidad del registro asistencial mediante una auditoría de seguimiento, formulando un plan de sostenibilidad que asegure el mantenimiento de los estándares alcanzados en la organización.

1.3. METODOLOGÍA

El proyecto se desarrolló mediante un enfoque mixto, integrando información cualitativa y cuantitativa para obtener una comprensión integral del problema de calidad documental identificado en QUALIDENT. Este enfoque permite combinar el análisis de las características de los registros con la medición del nivel de cumplimiento de los criterios definidos (Hernández et al, 2018).

El diseño fue no experimental y de alcance descriptivo con componente analítico, debido a que las condiciones del proceso se observaron y analizaron en su contexto institucional sin manipular las variables. El propósito metodológico fue caracterizar las principales brechas de cumplimiento y establecer elementos para la formulación de una intervención de mejora.

El componente mixto se desarrolló de manera convergente, mediante la revisión paralela de información cualitativa y cuantitativa y su posterior integración para interpretar los hallazgos. Esta estrategia es coherente con la utilidad de los diseños mixtos para analizar conjuntamente diferentes tipos de evidencia y fortalecer la comprensión del fenómeno estudiado (Echevarría, 2016).

El proyecto se organizó en tres momentos generales: diagnóstico del proceso y caracterización del problema; formulación de acciones de mejora a partir de los hallazgos; y estructuración de la propuesta de intervención con responsables, recursos, cronograma,

indicadores y mecanismos de seguimiento. La metodología se mantuvo en un nivel general, mientras que el diagnóstico detallado y las acciones específicas se desarrollan en los numerales correspondientes.

2. IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE UN PROBLEMA AL INTERIOR DE LA ORGANIZACIÓN

2.1 Descripción de la empresa a intervenir

La organización objeto de intervención corresponde a Clínicas Odontológicas Qualident, una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de naturaleza privada, especializada en la prestación de servicios odontológicos integrales, ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. La institución inició operaciones en marzo del año 2015 con el propósito de brindar servicios odontológicos seguros, humanizados y soportados en procesos permanentes de mejoramiento continuo, consolidándose con el paso de los años como una IPS enfocada en la calidad de la atención y la incorporación de tecnología digital en los diferentes procedimientos odontológicos.

Actualmente Qualident cuenta con tres sedes habilitadas ante la autoridad sanitaria; sin embargo, para el desarrollo del presente proyecto se tomará como referencia las sedes referentes, por ser la primera sede creada por la organización y donde actualmente se concentra gran parte de los procesos administrativos y asistenciales relacionados con la gestión documental y la auditoría de historias clínicas.

Dentro de su portafolio de servicios la institución presta atención en odontología general, ortodoncia, periodoncia, rehabilitación oral, implantología, cirugía oral, endodoncia y radiología periapical, servicios que son desarrollados por profesionales debidamente habilitados y con experiencia en cada una de sus áreas. Estos servicios permiten ofrecer tratamientos integrales a pacientes de todas las edades, respondiendo a las necesidades de salud oral de la población atendida.

En cuanto a su infraestructura, la sede Álamos Norte dispone de dos unidades odontológicas completamente habilitadas y un servicio de radiología periapical, operando de

lunes a sábado en jornada continua. Según el documento institucional de capacidad instalada, la IPS presenta una ocupación cercana al 89 %, indicador que evidencia una alta utilización de sus recursos físicos y humanos y que, al mismo tiempo, exige procesos asistenciales estandarizados y una adecuada gestión de la calidad para garantizar la seguridad del paciente y el cumplimiento de la normatividad vigente.

2.1.1. Misión

La misión institucional establece que Qualident es una institución prestadora de servicios de salud especializada en odontología, conformada por un talento humano que busca la excelencia en la atención del paciente mediante la implementación de tecnología digital para prestar servicios con calidad, integralidad y calidez.

2.1.2. Visión

La visión institucional plantea el propósito de consolidarse como una organización reconocida a nivel nacional por la implementación de tecnología digital y por la calidad en la atención odontológica. Estos principios orientan todas las actividades asistenciales y administrativas de la institución y constituyen el eje central del mejoramiento continuo.

2.1.3 Mapa de procesos

El siguiente mapa de procesos fue diseñado bajo el ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar) y se alinea con un enfoque de gestión por procesos y mejoramiento continuo. Asimismo, se articula con los principios de gestión de la calidad aplicables a las organizaciones de salud establecidos en la ISO 7101:2023 (International Organization for Standardization, 2023).

La elaboración de mapas de procesos es fundamental para cualquier Sistema de Gestión, ya que permite visualizar de manera integral las actividades, sus interrelaciones y los responsables, facilitando la identificación de oportunidades de mejora y asegurando la alineación con los objetivos estratégicos de la organización (Berna Zipa, 2015, pág. 11).

Es decir, crear un mapa de procesos es vital porque ayuda a comprender las relaciones entre las diversas operaciones que se realizan dentro de una compañía y quién está a cargo de ellas. Permite identificar oportunidades de mejora en cada puesto. Además, garantiza que cada procedimiento se ajuste a los objetivos y al plan de la empresa.

El mapa de procesos de Clínicas Odontológicas Qualident representa la interacción entre los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, permitiendo identificar cómo cada uno de ellos contribuye al cumplimiento de la misión institucional y a la prestación de servicios odontológicos con calidad, integralidad y calidez. La organización orienta todas sus actividades hacia la satisfacción del paciente y el mejoramiento continuo, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente y de los estándares establecidos para los prestadores de servicios de salud.

Los procesos estratégicos corresponden a la dirección institucional, la planeación estratégica, la gestión de calidad, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), la seguridad del paciente, la gestión del riesgo y la auditoría interna, procesos encargados de establecer las políticas, objetivos y lineamientos que orientan el funcionamiento de la IPS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

Los procesos misionales constituyen el eje central de la institución e incluyen todas las actividades relacionadas con la atención odontológica, desde el ingreso del paciente hasta la finalización del tratamiento. Dentro de estos procesos se desarrollan la asignación de citas, la valoración clínica, el diagnóstico, la elaboración del plan de tratamiento, el diligenciamiento del consentimiento informado, la ejecución de los procedimientos odontológicos, el registro en la historia clínica, el seguimiento del paciente y la facturación de los servicios prestados.

Los procesos de apoyo proporcionan los recursos necesarios para garantizar el funcionamiento de la institución e incluyen la gestión del talento humano, gestión documental, mantenimiento de infraestructura, mantenimiento de equipos biomédicos, compras, gestión financiera, tecnologías de la información, gestión ambiental y demás

procesos administrativos que respaldan la prestación del servicio. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Finalmente, los procesos de evaluación y mejoramiento permiten verificar el desempeño institucional mediante auditorías internas, seguimiento a indicadores, análisis de resultados, funcionamiento de los comités institucionales, implementación de acciones correctivas y desarrollo de planes de mejoramiento continuo.

Es precisamente dentro de este último grupo donde se ubica el proceso objeto de la presente intervención: la auditoría de historias clínicas, debido a que constituye una herramienta fundamental para verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, fortalecer la seguridad del paciente, mejorar la calidad de los registros clínicos y apoyar la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo de la institución. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

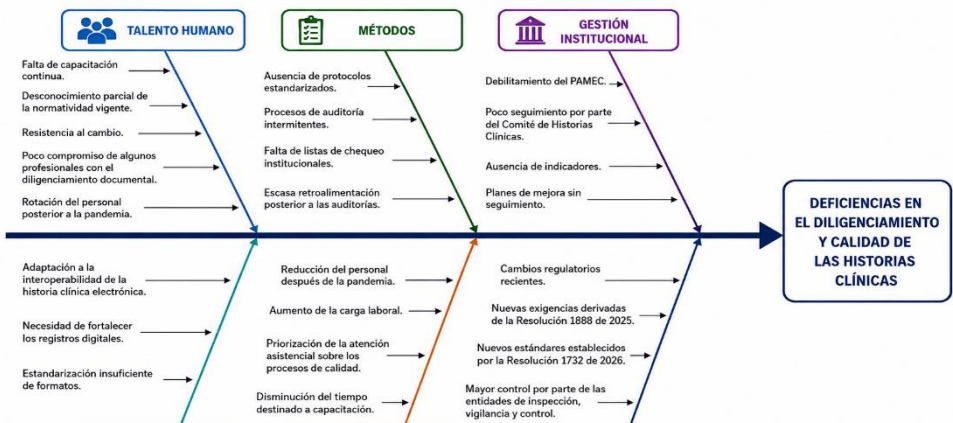


Figura 1 Diagrama de Ishikawa para análisis de causa y efecto. Elaboración propia

2.1.3. Descripción del proceso a intervenir

El proceso objeto de intervención corresponde a la auditoría del adecuado diligenciamiento de las historias clínicas odontológicas y sus anexos de Clínicas Odontológicas Qualident. Este proceso hace parte del Sistema de Gestión de Calidad de la institución y constituye una herramienta fundamental para verificar el cumplimiento de la normatividad vigente, evaluar la calidad de la atención prestada, fortalecer la seguridad del

paciente y promover el mejoramiento continuo dentro de la organización. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La historia clínica representa el documento científico, técnico, legal y administrativo más importante de toda atención en salud. En ella se consigna de manera cronológica toda la información relacionada con el estado de salud del paciente, sus antecedentes, el diagnóstico, el plan de tratamiento, los procedimientos realizados, la evolución clínica, los consentimientos informados, los exámenes de apoyo diagnóstico, las recomendaciones posteriores al tratamiento y cualquier otra actuación realizada por el profesional tratante. Por esta razón, el adecuado diligenciamiento de la historia clínica constituye no solamente una obligación ética y legal del profesional de la salud, sino también una garantía para la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la protección jurídica de la institución. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

En Clínicas Odontológicas Qualident, el proceso inicia desde el momento en que el paciente solicita una cita y es registrado en el sistema institucional. Posteriormente se realiza la apertura o actualización de la historia clínica, se lleva a cabo la valoración odontológica, el diligenciamiento del consentimiento informado correspondiente, el registro del diagnóstico, la formulación del plan de tratamiento y la ejecución de los procedimientos clínicos. Cada una de estas actividades debe quedar debidamente documentada dentro de la historia clínica, siguiendo los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.

2.1.4. Descripción y diagnóstico del problema que presenta el proceso

Una vez finalizada la atención, corresponde al proceso de auditoría verificar que todos los registros clínicos se encuentren completos, sean coherentes con el procedimiento realizado y cumplan con los requisitos establecidos por la institución y por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta revisión incluye, entre otros aspectos:

- Identificación completa del paciente.
- Anamnesis y antecedentes médicos.
- Motivo de consulta.
- Examen clínico.

- Diagnóstico odontológico.
- Plan de tratamiento.
- Consentimientos informados debidamente diligenciados y firmados.
- Registro de anestesia cuando aplique.
- Evoluciones clínicas completas.
- Descripción detallada del procedimiento realizado.
- Materiales utilizados cuando corresponda.
- Registro radiográfico.
- Recomendaciones entregadas al paciente.
- Firma y registro profesional.

La auditoría no busca únicamente identificar errores, sino establecer oportunidades de mejora que permitan fortalecer el desempeño institucional. Los hallazgos encontrados se consolidan en informes periódicos que posteriormente son socializados con la gerencia, los coordinadores de sede y el talento humano asistencial, con el propósito de implementar acciones correctivas, preventivas y de mejora continua. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Desde la perspectiva del proceso de auditoría de Clínicas Odontológicas Qualident, este proceso constituye uno de los pilares fundamentales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, ya que permite identificar oportunamente incumplimientos que pueden afectar la seguridad del paciente, generar glosas, ocasionar hallazgos durante las visitas de inspección, vigilancia y control o derivar en riesgos de responsabilidad profesional.

La importancia de este proceso se incrementó con la entrada en vigencia de la Resolución 1888 de 2025, mediante la cual el Ministerio de Salud fortaleció la interoperabilidad de la historia clínica electrónica, estableciendo que la información registrada por los prestadores debe cumplir criterios de integridad, calidad, oportunidad y disponibilidad para facilitar el intercambio seguro de información clínica entre las diferentes instituciones del sistema de salud. De igual forma, la Resolución 1732 de 2026, que derogó la Resolución 3100 de 2019, reforzó las condiciones de habilitación relacionadas con la gestión documental,

la seguridad del paciente y la implementación de procesos permanentes de auditoría y mejoramiento continuo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Por lo anterior, la calidad del registro clínico dejó de ser un requisito exclusivamente documental para convertirse en un componente estratégico dentro del modelo de atención en salud, impactando directamente la interoperabilidad de la información, la continuidad del tratamiento, la evaluación de la calidad asistencial y el cumplimiento de las condiciones de habilitación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Otro aspecto que justifica la selección de este proceso corresponde a su impacto transversal sobre toda la organización. La auditoría de historias clínicas no beneficia únicamente al área de calidad; sus resultados repercuten en la atención clínica, la seguridad del paciente, la facturación, la gestión del riesgo, la gestión jurídica, los indicadores institucionales, el PAMEC y la toma de decisiones por parte de la alta dirección. Esto convierte a la auditoría en una herramienta estratégica para la mejora continua y el fortalecimiento institucional. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024)

En la actualidad, el proceso de auditoría en Qualident contempla la revisión periódica de historias clínicas de las diferentes especialidades odontológicas, utilizando listas de chequeo diseñadas de acuerdo con la normatividad vigente y los protocolos institucionales. Los hallazgos se clasifican según su nivel de cumplimiento, se consolidan en informes mensuales y sirven como base para la formulación de planes de mejoramiento, actividades de capacitación y seguimiento a indicadores. Sin embargo, a pesar de estos avances, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la adherencia de algunos profesionales al adecuado diligenciamiento documental, el fortalecimiento del Comité de Historias Clínicas, la estandarización de algunos registros y la medición sistemática de los resultados obtenidos. (*Organización Mundial de la Salud, 2021*).

Por esta razón, el presente proyecto de intervención tiene como finalidad fortalecer el proceso de auditoría de historias clínicas mediante la implementación de estrategias orientadas al mejoramiento continuo, la capacitación permanente del talento humano, el

seguimiento a indicadores, la retroalimentación oportuna de los hallazgos y la consolidación de una cultura organizacional enfocada en la calidad y la seguridad del paciente. Con ello se espera no solo incrementar el cumplimiento de los requisitos documentales, sino también contribuir al logro de la misión y visión institucionales, garantizando una atención odontológica integral, segura y de excelencia. (*Ministerio de Salud y Protección Social, 2024*)

En la primera etapa del proyecto se llevó a cabo un diagnóstico del proceso de gestión documental clínica en QUALIDENT IPS, centrándose en el diligenciamiento de las historias clínicas y los consentimientos informados asociados a las diferentes especialidades odontológicas que ofrece la institución. Este diagnóstico facilitó la identificación de las principales discrepancias presentes en los registros clínicos, la evaluación de los impactos y la evaluación de sus orígenes, así como también el cumplimiento de los requisitos normativos aplicables.

2.1.5.1. Contexto institucional y unidades de análisis

QUALIDENT IPS es una institución que ofrece de servicios de salud dental y cuenta con tres sedes y una capacidad operativa conformada por 15 unidades odontológicas, además del servicio de radiología periapical/RX. La institución tiene un nivel de ocupación aproximada del 89%, con una disponibilidad de 42 horas semanales por unidad para el personal por nómina y de 72 horas semanales para el personal contratado bajo un contrato por prestación de servicios.

La población objeto de análisis se basó en los registros clínicos relacionados con las atenciones realizadas en los servicios que ofrece la entidad: Odontología General, con una disponibilidad de 42 horas semanales; Ortodoncia, con 16 horas semanales; Periodoncia, Rehabilitación Oral, Implantología, Cirugía Oral y Endodoncia, con 4 horas semanales cada una.

La unidad de análisis estuvo compuesta por las historias clínicas y los formularios de consentimiento informado diligenciados durante las atenciones odontológicas de la sede

intervenida. Estos registros fueron la fuente principal para medir el grado de cumplimiento de los criterios de calidad documental que se establecieron para el proceso intervenido.

2.1.5.2. Análisis de causas fundamentales

Tras examinar los registros médicos y evaluar el procedimiento institucional, se encontraron las siguientes razones vinculadas al problema principal.

1. Causas directas:

- Elevada carga de trabajo y tiempos limitados en las consultas: con una ocupación cercana al 89%, hay una gran demanda operativa, lo que puede llevar a que algunos profesionales den prioridad a la atención sobre la correcta y completa elaboración de la documentación médica.
- Diferencias en el registro según la especialidad: los profesionales en las distintas ramas de la odontología tienen criterios y métodos distintos al momento de documentar la información clínica y obtener los consentimientos informados.

2. Causas indirectas:

- Ausencia de formación continua orientada al personal de salud sobre los requisitos vinculados a la gestión de documentos y el llenado de la historia clínica.
- Carencia de un protocolo institucional consolidado que defina normas precisas para el registro de datos clínicos y la validación de los consentimientos informados.
- Falta de sistemas organizados de retroalimentación a los profesionales acerca de los descubrimientos, errores frecuentes y áreas de mejora señaladas durante las auditorías.

2.1.5.3. Análisis de efectos

La problemática identificada genera diferentes efectos sobre el proceso y sobre la organización.

- Efecto directo: disminución del nivel de adherencia y consistencia en los procesos de auditoría de calidad documental.
- Efecto indirecto 1: incremento del riesgo para la seguridad del paciente debido a información clínica incompleta, ausencia de trazabilidad o dificultades para identificar antecedentes, evolución y planes de tratamiento.
- Efecto indirecto 2: afectación de la continuidad asistencial entre profesionales de las diferentes especialidades, especialmente en procesos que requieren interconsultas o seguimiento compartido entre Odontología General, Ortodoncia, Cirugía Oral y demás especialidades.
- Efecto final: incremento de la vulnerabilidad ético-legal de la institución y exposición a posibles requerimientos o sanciones por parte de los organismos de inspección, vigilancia y control, derivados del incumplimiento de los requisitos aplicables a la gestión documental clínica.

2.1.5.4. Técnicas e instrumentos para el diagnóstico

Para llevar a cabo el diagnóstico, se utilizó, en su mayoría, la revisión de registros clínicos a través de una auditoría documental, la cual fue complementada con una lista de verificación estructurada. Esta metodología facilitó la comprobación de manera sistemática del cumplimiento de los requerimientos establecidos para el llenado de la historia clínica y los consentimientos informados.

Al concluir cada mes, el sistema de información de la institución elaboró las planillas con el resumen de los pacientes atendidos por cada profesional. Con esta información, el departamento de auditoría eligió y revisó los registros pertinentes, aplicando los criterios establecidos en la herramienta de auditoría.

La revisión documental incluyó, entre otros, los siguientes elementos:

- Verificación de la evolución de la atención: se comprobó que el progreso clínico se hubiera anotado de forma oportuna y que incluyera los datos necesarios para asegurar la trazabilidad del cuidado.

- Verificación de los campos de la historia clínica: se analizó si estaban presentes y correctamente llenados los campos considerados obligatorios, según los criterios establecidos para cada tipo de atención y especialidad.
- Verificación del consentimiento informado: se verificó que el documento contuviera la información necesaria y las firmas adecuadas del paciente o su representante legal, así como del profesional encargado.
- Verificación de oportunidad: se examinó que el consentimiento informado se hubiera formalizado antes de llevar a cabo el procedimiento cuando este lo requería.
- Correspondencia entre autorización y cuidado: se comprobó que el procedimiento aprobado a través del consentimiento informado coincidiera con el procedimiento que se llevó a cabo y que fue documentado en la historia clínica.
- Identificación de incidencias: las irregularidades detectadas se anotaron en la lista de verificación y luego se consolidaron para determinar frecuencias, porcentajes de cumplimiento y las principales áreas de oportunidad para mejorar.

Los datos recolectados durante la auditoría facilitaron la creación de una base que refleja el nivel de cumplimiento de la documentación y sirvieron como base para la planificación de las acciones de mejora y la posterior evaluación de los resultados obtenidos de la intervención.

Para recopilar y consolidar la información se emplearon los siguientes recursos:

- Lista de verificación de auditoría clínica: herramienta creada para asegurarse de que se cumplan los criterios definidos para la historia clínica y el consentimiento informado. La lista abarcó elementos relacionados con la identificación del paciente, historia médica, progreso, registro dental, diagnóstico, plan de atención, documentación de procedimientos, consentimiento informado, firmas y ocasión para su llenado.
- Matriz de control e indicadores: herramienta empleada para reunir los resultados logrados en las auditorías y determinar los porcentajes de cumplimiento, facilitando

así la comparación entre el estado inicial y los resultados alcanzados tras la intervención.

2.1.5.5. Indicador de calidad

Con el fin de evaluar el grado de cumplimiento de los criterios fijados, se tomó como indicador clave el Porcentaje de Cumplimiento en el Correspondiente Llenado de la Historia Clínica y el Consentimiento Informado.

$$PA (\%) = \left(\frac{\text{Registros que cumplen con el 100\% de criterios de calidad auditados}}{\text{Total de historias clínicas y consentimientos revisados en la muestra}} \right) \times 100$$

- **Fuente de información:** sistema de información institucional y registros clínicos auditados.
- **Unidad de medida:** porcentaje (%).
- **Meta:** 100%.
- **Responsable:** Coordinador de Calidad.
- **Periodicidad:** mensual.
- Este indicador permitió establecer una línea base y realizar el seguimiento del comportamiento del cumplimiento documental durante la intervención.

3. ESTABLECIMIENTO DE PLANES DE ACCIÓN PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

En esta fase del proyecto se identificaron, a partir de los resultados obtenidos durante el diagnóstico y las auditorías realizadas en Clínicas Odontológicas Qualident, las principales situaciones que requieren intervención para fortalecer la calidad y el cumplimiento en el diligenciamiento de las historias clínicas y los consentimientos informados.

A partir de la priorización de las situaciones identificadas, se establecieron objetivos, estrategias, metas y actividades orientadas a la solución del problema. Asimismo, se definieron los responsables, los recursos requeridos, el cronograma de ejecución y el presupuesto necesario para desarrollar la intervención de manera organizada.

A continuación, se presenta la caracterización utilizada para definir los elementos que integran la solución propuesta.

3.1. *Establecimiento de objetivos*

Tabla 1. Establecimiento de objetivos

Establecimiento de objetivos

Problema para intervenir	Causa	Objetivo	Estrategia	Punto de partida	Meta	Descripción
Falta de lista de chequeo para auditoría de historia clínica	La institución no cuenta con un formato de lista de verificación lo que arroja un resultado de auditoría inconcluso	Establecer un formato institucional para verificar el correcto diligenciamiento de la historia clínica.	Diseñar e implementar una lista de chequeo institucional que contemple los criterios documentales aplicables a las diferentes especialidades.	0%	95%	Socializar la lista de chequeo con las áreas asistenciales y utilizarla como instrumento de verificación durante las auditorías.
Deficiencia en los talleres de capacitación al talento humano	En la realización de los talleres de capacitación los profesionales	Optimizar las capacitaciones dirigidas al personal nuevo y	Realizar capacitaciones periódicas a partir de los hallazgos	95%	100%	Desarrollar sesiones mensuales o según el

	asistentes no prestan atención y la información no queda clara	antiguo para fortalecer el diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado.	identificados en las auditorías.			cronograma institucional, con énfasis en los errores recurrentes y en la normatividad vigente.
Desconocimiento de los formatos de consentimiento informado	Durante los procesos de capacitación o inducción los formatos no son entregados al personal que corresponde es por esta razón que persiste el error en el diligenciamiento.	Fortalecer el conocimiento y uso adecuado de los formatos institucionales de consentimiento informado.	Socializar los formatos vigentes y explicar los criterios para su diligenciamiento, firma y oportunidad.	95%	100%	Realizar jornadas de socialización durante la inducción y de manera trimestral para asegurar que el personal reconozca los formatos aplicables.
Fallas en la adherencia en la verificación de historia clínica	Durante la realización de la consulta de por los profesionales, se evidencia que hay espacios en los que se esta dejando sin llenar o con símbolos tales como "0", ":"...	Mejorar la adherencia al protocolo institucional para el correcto diligenciamiento de la historia clínica.	Fortalecer la inducción, reinducción y capacitación periódica sobre los criterios de registro clínico.	70%	100%	Aplicar capacitación teórico-práctica y verificar el aprendizaje mediante ejercicios de diligenciamiento y aplicación de la lista de chequeo.
Fallas en la adherencia en la verificación del consentimiento informado	En la existencia de consentimientos para cada protocolo o procedimiento los profesionales no los leen y diligencian el equivocado dando por echo que se autoriza o está de acuerdo con un procedimiento errado.	Mejorar la adherencia al protocolo de diligenciamiento correcto del consentimiento informado.	Capacitar al personal durante la inducción y en jornadas trimestrales sobre los requisitos del consentimiento informado.	70%	100%	Realizar capacitación teórico-práctica y verificar el cumplimiento mediante revisión documental y aplicación del protocolo institucional.
Deficiencia en la sensibilización frente a auditorías internas para el cumplimiento de estándares de calidad	No se cuenta con una cultura establecidas desde el departamento de calidad, sobre el sistema de auditoria como norma institucional.	Fortalecer la participación y sensibilización del talento humano frente a las auditorías internas.	Realizar auditorías internas periódicas y socializar los resultados con los responsables de los procesos.	10%	95%	Ejecutar auditorías semestrales de historia clínica y consentimiento informado, con retroalimentación y seguimiento a las acciones de mejora.

Nota. Elaboración propia, 2026.

3.2. Descripción de la solución

A partir de los resultados de la auditoría inicial se realizó un proceso de priorización de los problemas a intervenir. El análisis se orientó a la implementación de una lista de chequeo para fortalecer la auditoría de historias clínicas y consentimientos informados, así como al desarrollo de mecanismos de seguimiento que contribuyan al mejoramiento de los indicadores priorizados.

Para la ejecución del plan de mejora se tendrán en cuenta los recursos físicos, estructurales, humanos y económicos necesarios, los cuales permitirán establecer posteriormente el cronograma de intervención.

3.3. Secuencia de actividades para ejecución de la solución

Tabla 2. Secuencia de actividades para la ejecución de la solución

Secuencia de actividades

Problema a intervenir	Objetivo	Estrategia	Fecha	Responsable	Lugar
Falta de la lista de chequeo para auditoría de historia clínica	Establecer un formato institucional para el correcto diligenciamiento de la lista de chequeo	Durante este proceso se tendrá uno en cuenta la elaboración de una lista de chequeo donde se tendrán en cuenta cada uno de los espacios de historia clínica para diligenciarlos de manera adecuada	21 Agosto /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	Sedes de QUALIDENT

Deficiencia en los talleres de capacitación a talento humano	Optimizar las capacitaciones a personal nuevo y antiguo con el fin de fortalecer el diligenciamiento de historia clínica y consentimiento informado	En este espacio se realizan capacitaciones de manera mensual sobre el diligenciamiento e historia clínica y consentimiento informado	16 Septiembre /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	Sedes de QUALIDENT
Desconocimiento de los formatos de consentimiento informado	Dar a conocer la importancia de conocer los formatos a todo el personal vinculado con la institución	En este espacio se darán a conocer todos los formatos institucionales que tenga la institución con el fin de que estos sean reconocidos por cada uno de los colaboradores	29 septiembre /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	Sedes de QUALIDENT
Fallas en la adherencia en la verificación de historia clínica	Mejorar los indicadores de adherencia el protocolo de licenciamiento correcto de historia clínica de la institución	Capacitación de inducción y trimestral al personal vinculado con la institución sobre el correcto diligenciamiento de historia clínica	16 Octubre /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	Sedes de QUALIDENT
Fallas en la adherencia en la verificación de	Mejorar los indicadores y adherencia de protocolo de diligenciamiento	Capacitar en inducción y trimestral al personal vinculado con la	06 noviembre /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños	Sedes de QUALIDENT

consentimiento informado	correcto de consentimiento informado	institución sobre el correcto diligenciamiento del consentimiento informado		Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	
Deficiencia en la sensibilización de auditorías internas para el cumplimiento de estándares de calidad	Fomentar procesos de auditoría interna en la institución con el fin de favorecer los altos niveles de calidad en el diligenciamiento de historia clínica y consentimiento informado	Realizar una vez al semestre una auditoría interna con revisión a historia clínica y consentimiento desinformados del usuario verificando su cumplimiento	20 noviembre /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	Sedes de QUALIDENT
Revisión y entrega de indicadores de resultado y planeación de plan de mejora siguiente periodo	Establecer un encuentro para la entrega y plan de mejora de los indicadores	De manera semestral se realizará encuentro para la socialización y planeación del siguiente periodo	17 diciembre /2026	John Sebastián Espinosa Rojas Mabel Alexandra Muñoz Bolaños Monica Patricia Lorduy Florez (Auditores de calidad)	Sedes de QUALIDENT

Nota. Elaboración propia, 2026.

3.4. Descripción de recursos necesarios para la ejecución de la solución

Tabla 3. Recursos necesarios para la ejecución de la solución

Descripción de recursos

Problema a intervenir	Objetivo	Estrategia	Recurso humano	Recursos estructurales	Costos en pesos
-----------------------	----------	------------	----------------	------------------------	-----------------

Falta de lista de chequeo para la auditoría de historia clínica	Establecer un formato institucional para verificar el correcto diligenciamiento de las historias clínicas.	Diseñar e implementar una lista de chequeo que incluya los criterios priorizados de la historia clínica para su adecuada verificación durante las auditorías.	Auditorías de calidad	Computador, sistema institucional, papel, lapiceros y calculadora.	Incluido en el presupuesto o compartido de las actividades 1, 3, 5, 6 y 7: \$7.938.000
Deficiencia en los talleres de capacitación al talento humano	Optimizar las capacitaciones dirigidas al personal nuevo y antiguo para fortalecer el diligenciamiento de la historia clínica y el consentimiento informado.	Realizar capacitaciones periódicas sobre el correcto diligenciamiento de la historia clínica y los consentimientos informados.	Auditorías de calidad externos	Microsoft Teams u otra plataforma institucional de capacitación.	\$10 0.000

Desconocimiento de los formatos de consentimiento informado	Fortalecer el conocimiento y uso adecuado de los formatos institucionales de consentimiento informado.	Socializar los formatos institucionales vigentes y los criterios para su diligenciamiento.	Auditar la calidad de los registros internos	Papel, lapiceros e impresora.	Incluido en el presupuesto o compartido de las actividades 1, 3, 5, 6 y 7: \$7.938.000
Fallas en la adherencia a la verificación de la historia clínica	Mejorar la adherencia al protocolo institucional para el correcto diligenciamiento de la historia clínica.	Fortalecer la inducción, reinducción y capacitación periódica sobre los criterios institucionales de registro clínico.	Auditar la calidad de los registros internos y profesionales de la institución	No aplica.	No aplica costo adicional.
Fallas en la adherencia a la verificación del consentimiento informado	Mejorar la adherencia al protocolo institucional para el correcto diligenciamiento	Capacitar al personal durante la inducción y en jornadas trimestrales sobre el	Auditar la calidad de los registros internos y profesionales de la institución	Papel, computador, sistema institucional, lapiceros y calculadora.	Incluido en el presupuesto o compartido de las actividades 1, 3, 5, 6 y

	ento del consentimie nto informado.	correcto diligenciam iento del consentimie nto informado.			7: \$7.938.000
Deficienc ia en la sensibilización frente a auditorías internas para el cumplimiento de estándares de calidad	Fort alecer la participació n y sensibilizaci ón del talento humano frente a las auditorías internas.	Real izar auditorías internas periódicas y socializar los resultados con los responsable s de los procesos.	Aud itores internos y profesional es de la institución	Papel, computador, sistema institucional, lapiceros y calculadora.	Incl uido en el presupuest o compartido de las actividades 1, 3, 5, 6 y 7: \$7.938.000
Revisión y entrega de indicadores de resultado y planeación del plan de mejora del siguiente periodo	Esta blecer un encuentro para la entrega, análisis y formulación del plan de mejora a partir de los indicadores obtenidos.	Real izar semestralm ente un encuentro para la socializació n de resultados y la planeación del siguiente periodo.	Aud itores internos y profesional es de la institución	Papel, computador, sistema institucional, lapiceros y calculadora.	Incl uido en el presupuest o compartido de las actividades 1, 3, 5, 6 y 7: \$7.938.000

Nota. Elaboración propia, 2026.

4. DEFINICIÓN DEL ALCANCE DE LA SOLUCIÓN, PARTES INTERESADAS, CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO

4.1. ALCANCE FINAL DE LA SOLUCIÓN

El alcance final comprende el fortalecimiento del proceso de auditoría del diligenciamiento de historias clínicas y consentimientos informados en las tres sedes de Clínicas Odontológicas Qualident, con énfasis en la sede Álamos Norte como unidad de referencia para la intervención. La solución incluye el diseño y socialización de la lista de chequeo, capacitación y reinducción del talento humano, socialización de los formatos de consentimiento informado, auditorías internas, retroalimentación de hallazgos y seguimiento del indicador de cumplimiento.

La intervención busca alcanzar una adherencia mínima del 95 % en las actividades priorizadas y avanzar hacia una meta institucional del 100 % en el indicador de cumplimiento documental. El alcance contempla al personal asistencial y a los responsables de calidad y coordinación de sede, e integra acciones de seguimiento para favorecer la sostenibilidad del mejoramiento y su articulación con PAMEC y los comités institucionales.

4.2. IDENTIFICACIÓN DE RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES PARA EJECUCIÓN

Los responsables principales serán los auditores de calidad John Sebastián Espinosa Rojas, Mabel Alexandra Muñoz Bolaños y Mónica Patricia Lorduy Flórez, quienes coordinarán el diseño de la lista de chequeo, las auditorías, la consolidación de resultados y la retroalimentación. Los coordinadores de sede apoyarán la programación y seguimiento de las actividades, mientras que los profesionales asistenciales participarán en las capacitaciones, aplicarán los instrumentos y atenderán las acciones de mejora.

Como partes interesadas se reconocen la gerencia, el área de calidad, los coordinadores de sede, el talento humano asistencial y los comités institucionales relacionados con historias clínicas, calidad y seguridad del paciente. La articulación de estos actores permitirá facilitar la implementación, seguimiento y sostenibilidad de la solución.

4.3. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Tabla 4. Cronograma de ejecución del proyecto

Actividad	Mes AGOSTO	Mes SEPTIEMBRE	Mes OCTUBRE	Mes NOVIEMBRE	Mes DICIEMBRE
Diseñar e implementar una lista de chequeo institucional que contemple los criterios documentales aplicables a las diferentes especialidades.	21 AGOSTO				
Realizar capacitaciones periódicas a partir de los hallazgos identificados en las auditorías.		16 SEPTIEMBRE			
Socializar los formatos vigentes y explicar los criterios para su diligenciamiento, firma y oportunidad.		29 SEPTIEMBRE			

Fortalecer la inducción, reinducción y capacitación periódica sobre los criterios de registro clínico.			16 OCTUBRE		
Capacitar al personal durante la inducción y en jornadas trimestrales sobre los requisitos del consentimiento informado.				06 NOVIEMBRE	
Realizar auditorías internas periódicas y socializar los resultados con los responsables de los procesos.				20 NOVIEMBRE	
Revisión y entrega de indicadores de resultado y planeación de plan de mejora siguiente periodo					17 DICIEMBRE

4.4. PRESUPUESTO

El presupuesto consolidado corresponde a la suma de los costos estimados para las líneas de acción definidas en el plan de mejora. El valor de \$7.938.000 corresponde a un presupuesto compartido para las actividades 1, 3, 5, 6 y 7, mientras que la actividad de capacitación tiene un costo adicional de \$100.000. En consecuencia, el presupuesto total de la solución es de \$8.038.000.

Tabla 5. Presupuesto estimado para la ejecución de la solución

Rubro	Valor
Hace referencia a los costos necesarios para la implementación de actividades 1,3,5,6,7	\$7.938.000
Hace referencia a los costos necesarios para la actividad 2	\$100.000
Hace referencia a los costos necesarios para la actividad 4	\$0
Total acumulado	\$8.038.000

5. REFERENCIAS

- Berna Zipa, M. M. (2015). *Gestión por procesos y mejora continua, puntos clave para la satisfacción del cliente*. Universidad Militar Nueva Granada.
<https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/6332>
- Echevarría, H. D. (2016). Clasificación de los diseños mixtos en las Ciencias Sociales y aplicación al análisis de tres informes de investigación. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, (12), 8–26.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.p.4
- Instituto Departamental de Salud de Nariño. (2025). *Circular Externa No. 17: Asistencia técnica: Autodiagnóstico de las condiciones de habilitación, sistemas de información para la calidad y PAMEC*.
- International Organization for Standardization. (2023). *ISO 7101:2023: Healthcare organization management—Management systems for quality in healthcare organizations—Requirements*. <https://www.iso.org/standard/81647.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2024–2031*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Resolución 1888 de 2025: Por medio de la cual se adopta el Resumen Digital de Atención en Salud (RDA) en el marco de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE)*, se establece el mecanismo para su implementación a nivel nacional y se dictan otras disposiciones.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). *Resolución 1732 de 2026: Por la cual se actualizan las condiciones de habilitación de los servicios de salud y se deroga la Resolución 3100 de 2019*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud*.

5.1. ANEXOS

En esta sección encontraremos las herramientas que se implementaran en el desarrollo de la propuesta tales como:

- Formato checklist de historia clínica la cual se usa para el cumplimiento o no del espacio diligenciado por el profesional, con su apartado de observaciones, para tener en cuenta en la retroalimentación al profesional auditado.
- Tablero historias clínicas QUALIDENT, en cual optimizará la recopilación y análisis de datos con sus correspondientes indicadores
- Consentimientos informados institucionales según el tipo de procedimiento con su respectivo instructivo
- Formato de acta de reunión para el seguimiento de las intervenciones del cronograma establecido en la propuesta de este trabajo