CONTENIDO

1. POLITICA DE CALIDAD....2
2. INTRODUCCION....3
3. PRESENTACION DE LA EMPRESA....4
3.1 RESEÑA HISTORICA....4
3.2 PLATAFORMA ESTRATEGICA....4
3.3 SERVICIOS....5
3.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SEDES....5
4. MODELO DE CALIDAD INSTITUCIONAL....6
5. MARCO NORMATIVO....6
6. MARCO CONCEPTUAL....7
6.1 DEFINICIONES....7
6.2 PLANEACIÓN DEL MEJORAMIENTO....8
7. DESARROLLO DEL PAMEC....10
7.1 OBJETIVOS....10
7.1.1 Específicos....10
7.2 METAS....10
7.3 ALCANCE Y VIGENCIA....11
7.4 RESPONSABLES....11
7.5 PLANEACIÓN PAMEC....11
7.5.1 Conformación equipos de trabajo....11
7.6 RUTA CRÍTICA....13
7.7 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN....18

1. POLITICA DE CALIDAD

COLCAN S.A.S., contando con personal competente y tecnología de punta, se compromete a satisfacer las necesidades de sus clientes, brindando atención humanizada y segura centrada en el usuario, a través de la implementación progresiva de estándares superiores de calidad, control y evaluación de los procesos, que contribuyan con la mejora institucional.

2. INTRODUCCION

El presente documento, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta COLCAN y hace parte de la estrategia de mejora continua frente a la seguridad, oportunidad, y confiabilidad, previstas en nuestra política de calidad y seguridad, siempre en búsqueda de la satisfacción de nuestros usuarios.

Se pretende generar acciones planificadas y sistemáticas que logren mejorar y mantener la calidad en el servicio, para cumplir con los estándares preestablecidos y que se identifiquen causas que originan desviaciones en los resultados esperados para reducir brechas y darle tratamiento.

Este programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad se documentó armonizando el Sistema de Gestión de Calidad de COLCAN y el Sistema Único de Acreditación, siguiendo los pasos de la ruta crítica propuestos por el Ministerio de la Protección Social, en donde con base en una autoevaluación institucional se establecieron los procesos prioritarios a mejorar, con el único fin de acercar la Institución a los Usuarios satisfaciendo sus necesidades y expectativas.

3. PRESENTACION DE LA EMPRESA

3.1 RESEÑA HISTORICA

El origen de la Empresa fue el resultado de la iniciativa de los Doctores Alicia Narváez Medico-Patóloga y el Doctor Marcelo Andrade Chávez Médico-Oftalmólogo. Fue creada en 1987 y se estableció formalmente el 8 de Febrero de 1989 con el nombre CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ COLCAN LTDA en la ciudad de Bogotá.

La Empresa inicio sus actividades con un consultorio de Oftalmología, Laboratorio clínico de rutina, Patología y Citología.

La necesidad percibida por los fundadores de prestar servicios en salud que vayan a la par con el avance diagnóstico y siempre en busca de suplir las expectativas y necesidades de los pacientes, hace que COLCAN implemente pruebas especializadas. Así, surgió la inquietud de ampliar los servicios ofrecidos y brindar mayor cobertura; de esta manera se organizó la logística necesaria y se implementó el servicio de Referencia a nivel local, ofreciendo mensajería para la recolección de muestras y entrega de resultados.

Como consecuencia directa de la calidad y el servicio, el nombre del Laboratorio Clínico Andrade Narváez, se hace conocer en varias ciudades del país.

El reconocimiento alcanzado, por la especialización de las pruebas ofertadas, la calidad en los procesos y resultados, la responsabilidad y la eficacia en el servicio crea en los Usuarios una inquietud: la implementación del servicio de referencia a nivel nacional, consecuentes con la filosofía de atender los requerimientos de los Usuarios se implementa dicho servicio.

Lo enunciado hasta aquí, y el ánimo indeclinable de cumplir nuestra filosofía del servicio oportuno, eficiente y ágil ha llevado a COLCAN a convertirse hoy en un Laboratorio Clínico de rutina, especializado y de referencia a nivel nacional.

3.2 PLATAFORMA ESTRATEGICA

Misión. Impactamos positivamente la salud de nuestros pacientes, a través de un diagnóstico especializado, calificado y oportuno.

Visión. En el año 2027 seremos un laboratorio clínico y centro de diagnóstico integral, acreditado con operaciones en LATAM; siendo reconocidos por nuestra especialización, innovación y talento competente.

Valores Corporativos. Los valores corporativos representan la esencia y el mandato de nuestra Organización, inspiran y soportan la gestión en COLCAN:

Ética: Actuamos en consecuencia con los valores morales, buenas costumbres y buenas prácticas profesionales, sin interferencia de intereses propios o creados, nuestro actuar no causa daño.

Respeto: Reconocemos los deberes y derechos de nuestros usuarios, clientes y colaboradores, sabemos que cada ser humano es diferente y posee diversas cualidades, cumplimos con nuestros compromisos, ofrecemos trato amable y cordial a nuestros usuarios, clientes y colaboradores.

Lealtad: es un corresponder, es el compromiso de defender lo que creemos y en quien creemos, es el compromiso de ir más allá o trabajar, es el trabajar no solo porque nos pagan, sino porque tenemos un compromiso más profundo con la empresa en donde trabajamos, y con la sociedad misma.

Servicio: es dar para facilitar el cumplimiento de un proceso, resolver una necesidad, demanda o solicitud, o satisfacer una expectativa de alguien, de modo que tanto quien da como quien recibe puedan sentirse agradados.

3.3 SERVICIOS

Actualmente Colcan tiene habilitados los servicios de Toma De Muestras De Laboratorio y Tamización De Cáncer De Cuello Laboratorio Clínico, de Histotecnologia, Patología Y Citología, Diagnóstico Cardiovascular a través de Electrocardiogramas, Imágenes Diagnósticas Y Ultrasonido.

3.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL SEDES

Todo el esfuerzo necesario y aplicado en la empresa, se encuentra apoyado, por actividades técnico-científicas permanentes y el soporte de actividades administrativas que garantizan la prestación de servicios oportunos, eficaces y personalizados. Las sedes dependen técnica, administrativa y financieramente de la sede principal donde se llevan a cabo los procesos transversales como se ve en el mapa de procesos.

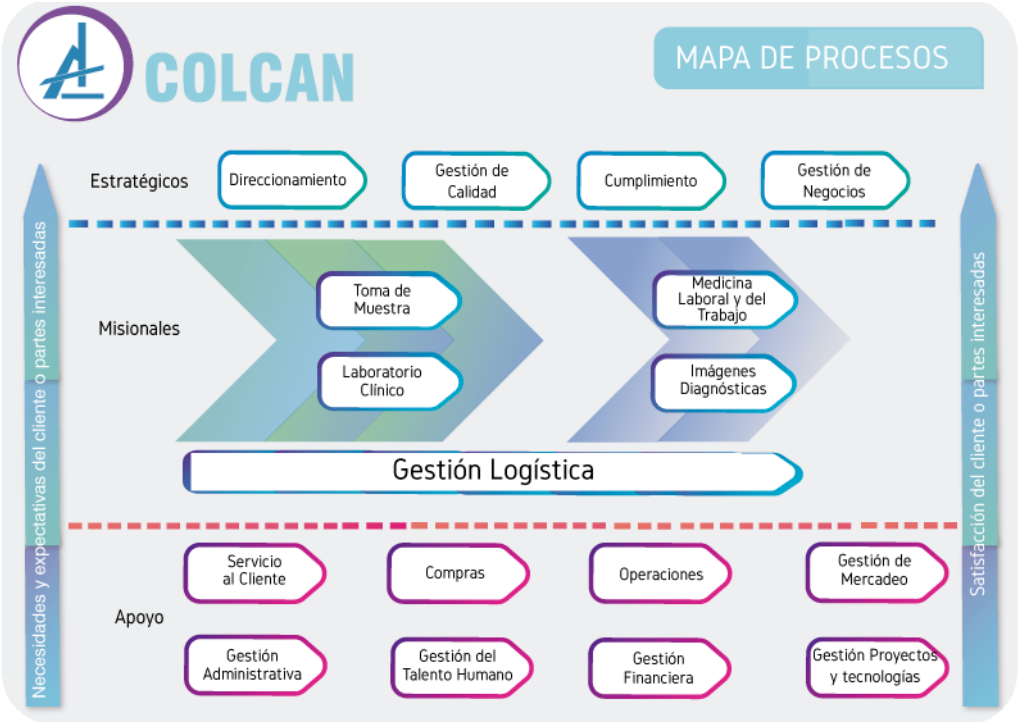
4. MODELO DE CALIDAD INSTITUCIONAL

COLCAN S.A.S. cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad certificado, basado en la gestión de procesos que interactúan de forma eficaz para la prestación del servicio y el mejoramiento permanente de todos ellos.

Las interrelaciones de los procesos se muestran gráficamente en el Mapa de Procesos.

Se inicia detectando las necesidades y requisitos de nuestros clientes; los cuales se tienen en cuenta en el diseño de los diferentes procesos para determinar el grado de satisfacción y retroalimentar el ciclo de mejoramiento a fin de elevar el nivel de satisfacción.

En el diseño de cada proceso se consideró la aplicación del ciclo PHVA lo cual asegura el mejoramiento individual del proceso. En el mapa de procesos Institucional se identifican tres grupos de procesos:



5. MARCO NORMATIVO

Decreto 780 de 2016: - Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Anexo técnico 1. Manual de estándares Resolución 1445 de 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones". Manual de laboratorio.

Resolución 5095 de 2018 Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 DEFINICIONES

Auditoria. Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.

Autoevaluación. Se constituye en un diagnóstico básico para identificar problemas o fallas que afectan la organización, lo realiza la misma organización estableciendo un referente de comparación.

Priorización. Actividad que busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio.

Ruta Crítica. Corresponde a los pasos que se llevan a cabo para cumplir el PAMEC y son: autoevaluación, priorización, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño, formulación y ejecución del plan de acción para procesos seleccionados, estandarización de procesos, evaluación del mejoramiento y aprendizaje organizacional.

Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad. Se constituye como una herramienta de mejora que consiste en la evaluación continua y sistemática de la calidad observada frente a la calidad esperada, la cual permite adelantar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales.

Metodología. La metodología aplicada en la elaboración del PAMEC es la establecida por el Ministerio de Protección social en el documento Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Esta guía formula como herramienta la ruta crítica que corresponde a:

Autoevaluación: la cual corresponde a un auto diagnóstico con el propósito de identificar los procesos y procedimientos susceptibles de mejora que afectan la atención en salud y la satisfacción para los Usuarios, frente al referente definido.

Priorización: se aplica metodología que permite la priorización de los procesos a intervenir en cada sede.

Definición de la calidad esperada: aquí se define el nivel de la calidad esperado frente al nivel de calidad observado, es decir la meta a la que se quiere llegar.

Medición inicial del desempeño de procesos: identificar la calidad observada, con base en la autoevaluación se determina de manera cuantitativa el desempeño actual de los procesos.

Formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento: diseño de planes de mejoramiento que con base en hechos y datos, procuren la mejora de los procesos.

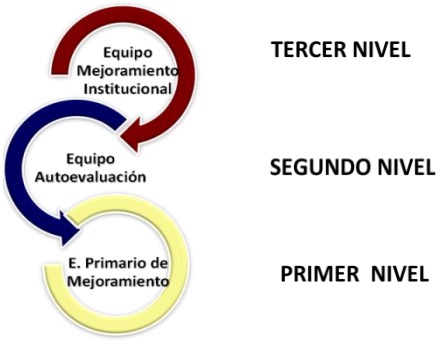
Aprendizaje Organizacional. Hace relación a la toma de decisiones definitiva, elabora estándares con los cuales hace un control periódico y seguimiento permanente para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

Estandarización de procesos: formalizar, documentar e implementar procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados.

6.2 PLANEACIÓN DEL MEJORAMIENTO

El grupo de estándares de mejoramiento de la calidad busca promover la integración sistémica de las diferentes áreas de la organización, para que los procesos de calidad sean efectivos y eficientes, transformen la cultura de la mejora y sea sostenible en el tiempo.

A nivel institucional y atendiendo la propuesta del SUA se ha estructurado el mejoramiento teniendo en cuenta los siguientes niveles:



PRIMER NIVEL - Equipos Primarios de Mejoramiento (EPM)

Objetivo: Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones (u oportunidades de mejoramiento) del Plan de Mejoramiento del Grupo de Estándares correspondiente aplicables a las áreas o servicios que representan.

Función:
1. Apoyar la gestión del Equipo de Autoevaluación de los diferentes grupos de estándares
2. Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios de acuerdo al plan de mejoramiento del grupo de estándares. Este mejoramiento se verá reflejado en el cumplimiento de cada uno de los estándares y en la gestión y desarrollo de los estándares de mejoramiento individual de cada grupo y estándares de mejoramiento sistémico de la calidad.
3. Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del Plan de Mejoramiento al Equipo de Autoevaluación del Grupo de Estándares correspondiente.

Estructuración: Cuenta con un Líder, sus integrantes corresponden a los cargos que hacen parte del proceso.

SEGUNDO NIVEL - Equipo de Autoevaluación

Objetivo: Planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Función:
1. Apoyar el desarrollo de la gestión del Equipo de Mejoramiento Institucional
2. Facilitar y apoyar la gestión del Equipo Primario de Mejoramiento

3. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la Institución.
4. Reportar resultados de la gestión al Equipo de Mejoramiento Institucional.

Estructuración: Cuenta con un líder y sus integrantes corresponden a los cargos de los procesos que hacen parte de los estándares a evaluar.

TERCER NIVEL - Equipo de Mejoramiento Institucional:

Objetivo: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares de mejoramiento.

Función:

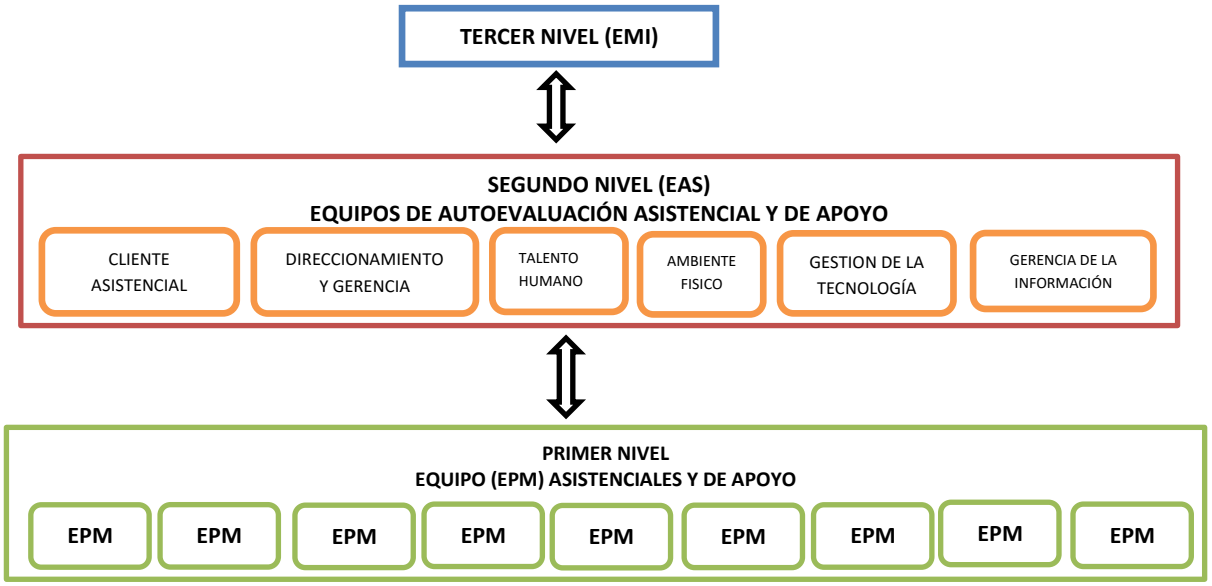
1. Apoyar la gestión de mejoramiento Institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
2. Participar en la evaluación del Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad
3. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento Institucional
4. Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
5. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento Institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
6. Reportar resultados de la gestión al Director de Calidad.

Estructuración: El Equipo de Mejoramiento Institucional está conformado por los mismos integrantes del Equipo de Autoevaluación de los Estándares de Mejoramiento de la Calidad y además, por:

- Equipo de Autoevaluación de Cliente Asistencial (PACAS)
- Equipo de Autoevaluación de Direccionamiento y Gerencia
- Equipo de Autoevaluación del Talento Humano
- Equipo de Autoevaluación de Gerencia del Ambiente Físico
- Equipo de autoevaluación de Gestión de Tecnología
- Equipo de autoevaluación de los estándares de Gerencia de la Información
- Equipo de autoevaluación Sedes Integradas en Red

Este equipo responde por el mejoramiento sistémico y cuenta con un líder.

El líder del equipo de autoevaluación Cliente Asistencial responderá por el mejoramiento sistémico asistencial.
Los líderes de los equipos de autoevaluación de Direccionamiento y Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de Tecnología, Gerencia de la Información, responderán por el mejoramiento sistémico de apoyo.



7. DESARROLLO DEL PAMEC

7.1 OBJETIVOS

- Estimular y propiciar la participación de todos y cada uno de los colaboradores de la sede para favorecer la cultura de la calidad y el autocontrol.

7.1.1 Específicos

- Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan al logro de niveles superiores de calidad en los procesos de atención.
- Implementar planes de mejora soportados o generados del ejercicio de autoevaluación en la sede con el fin de minimizar riesgos en la prestación del servicio en beneficio del Usuario.
- Lograr el aprendizaje organizacional utilizando las herramientas implementadas dentro del marco del Sistema de Gestión de Calidad de COLCAN (auditorías internas, autoevaluaciones y/o acciones de mejoramiento), enfocadas al mejoramiento de los procesos.
- Generar un proceso permanente de seguimiento a los procesos asistenciales que conduzca, a través de la retroalimentación, al aprendizaje organizacional.

7.2 METAS

- Lograr la implementación del 100% de las acciones de mejora priorizadas del ejercicio de autoevaluación.
- Obtener calificación igual o superior a 2.4 en la autoevaluación anual.

7.3 ALCANCE Y VIGENCIA

Este programa aplica para las sedes de Bogotá de COLCAN e inicia con la autoevaluación hasta el cierre de los planes de mejoramiento y evaluación de los mismos y aprendizaje organizacional. Su vigencia corresponde a Enero 2019 a Diciembre 31 de 2019.

7.4 RESPONSABLES

Planeación: Calidad
Seguimiento Calidad
Seguimiento y Ejecución en sedes: Coordinaciones, supervisores o líderes de sede.
Ejecución: Todo el personal

7.5 PLANEACIÓN PAMEC

Previo a la aplicación de la metodología es necesario realizar la planificación de forma tal que se definan tiempo y recursos necesarios para el ciclo en desarrollo de PAMEC.

En concordancia con el diseño aplicado en el Sistema de Gestión de Calidad de COLCAN y como se observa en la estructura de la ruta crítica se aplica el ciclo de mejoramiento continuo PHVA. Cronograma PAMEC en el formato Excel **Desarrollo PAMEC Institucional 2019**

7.5.1 Conformación equipos de trabajo. Se organizan equipos de trabajo por grupo de estándares teniendo en cuenta los procesos que interviene en los estándares. Se define un líder de grupo quien se encarga de coordinar el trabajo del equipo.

DIRECCIONAMIENTO
Gerente
Director de Laboratorio / Líder de Grupo
Gerente Administrativo y Financiero
Gerente Comercial
Directora Comercial
GERENCIA
Directora Administrativa / Líder del Grupo
Directora de Calidad
Director Financiero y Contable
Director de Proyectos y Tecnología
Director de Mercadeo
Director Unidad IDX
Director Unidad SO
CLIENTE ASISTENCIAL (Institucional)
Derechos y deberes - Seguridad de paciente
Analista de Calidad / Líder del Grupo
Líder Servicio al cliente

Supervisora de Sede
Bacterióloga Líder de Sede
Supervisora Salud Ocupacional
Bacterióloga Pos analítico
Coordinadora de Servicio IDX
Analista Control de Calidad Analítico

CLIENTE ASISTENCIAL (Institucional)
Control de Calidad
Líder de procesos analíticos / Líder del Grupo
Analista Control de Calidad
Responsable Contra referencia
Bacterióloga Posanalitico
Asistente Científica
CLIENTE ASISTENCIAL (Institucional)
Accesibilidad / Sedes Integradas en red
Subdirección de Operaciones / Líder de Grupo
Coordinadora de Calidad
Supervisora de Sede
Bacterióloga Líder de Sede
Coordinador Logística
Coordinación IDX
Coordinación SO
Líder Preanalitico
Líder Posanalitico
Bacterióloga servicio al cliente
Líder Logística
Asistente Gestión de la Oferta
Supervisora Contac Center

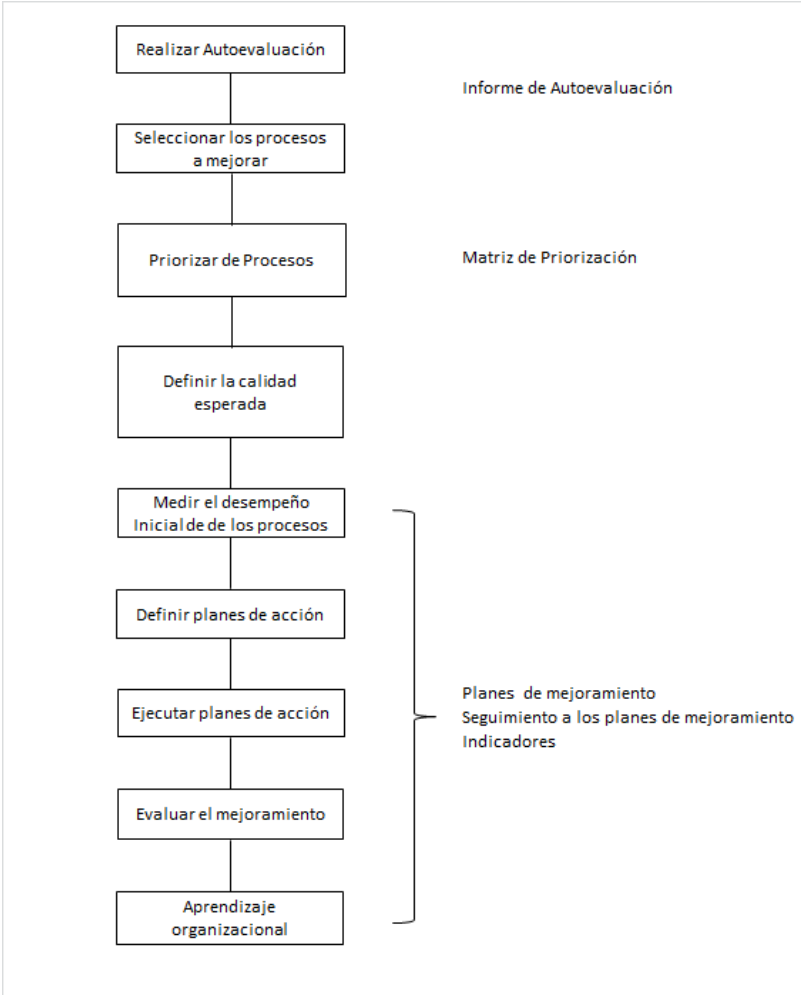
GESTION DEL TALENTO HUMANO
Directora Talento Humano / Líder de Grupo
Analista Desarrollo
Bacteriólogo Preanalitico
Coordinador de Sedes
GESTION DEL AMBIENTE FISICO
Profesional Gestión ambiental / Líder de Grupo
Profesional Seguridad y Salud en el Trabajo
Líder de Infraestructura
Bacterióloga Compras
Líder de Proyectos
GESTION DE LA TECNOLOGIA
Líder Tecnología
Analista de Tecnología
Líder de Compras
GESTION DE LA INFORMACION
Coordinador Sistemas / Líder de grupo
Analista Seguridad informática

Analista de Sistemas

Dentro de las actividades previas se realizarán capacitaciones entre otros temas:

- Elementos estructurales de la ruta crítica
- Revisión del Anexo Técnico No.1 de la Resolución 1445 / 2006 Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones". Manual de estándares.
- **Resolución 5095 de 2018** Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1
- Escala de calificación según Resolución 2082 /2012.
- Metodología para la realización del diagnóstico básico con el propósito de homologar conocimientos y conceptos para aplicación de la autoevaluación interna.

7.6 RUTA CRÍTICA



Autoevaluación. Esta etapa, se inicia con el levantamiento de un diagnóstico básico general con base en estándares definidos. De acuerdo con las características de los servicios ofertados por COLCAN y con las bondades que los

componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad ofrecen, como quiera que estos promuevan la seguridad del servicio de cara al Usuario nuestro referente será la Resolución 1445 de 2006. Por la cual se adopta los Manuales de Estándares de Acreditación y la Resolución 5095 de 2018 Por el cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia versión 3.1".

Para la realización del diagnóstico situacional el equipo de trabajo utilizará la metodología de autoevaluación que incluirá la observación y comparación entre el hacer diario y el estándar, para así asignar la calificación pertinente. Utilizando la hoja radar de calificación.

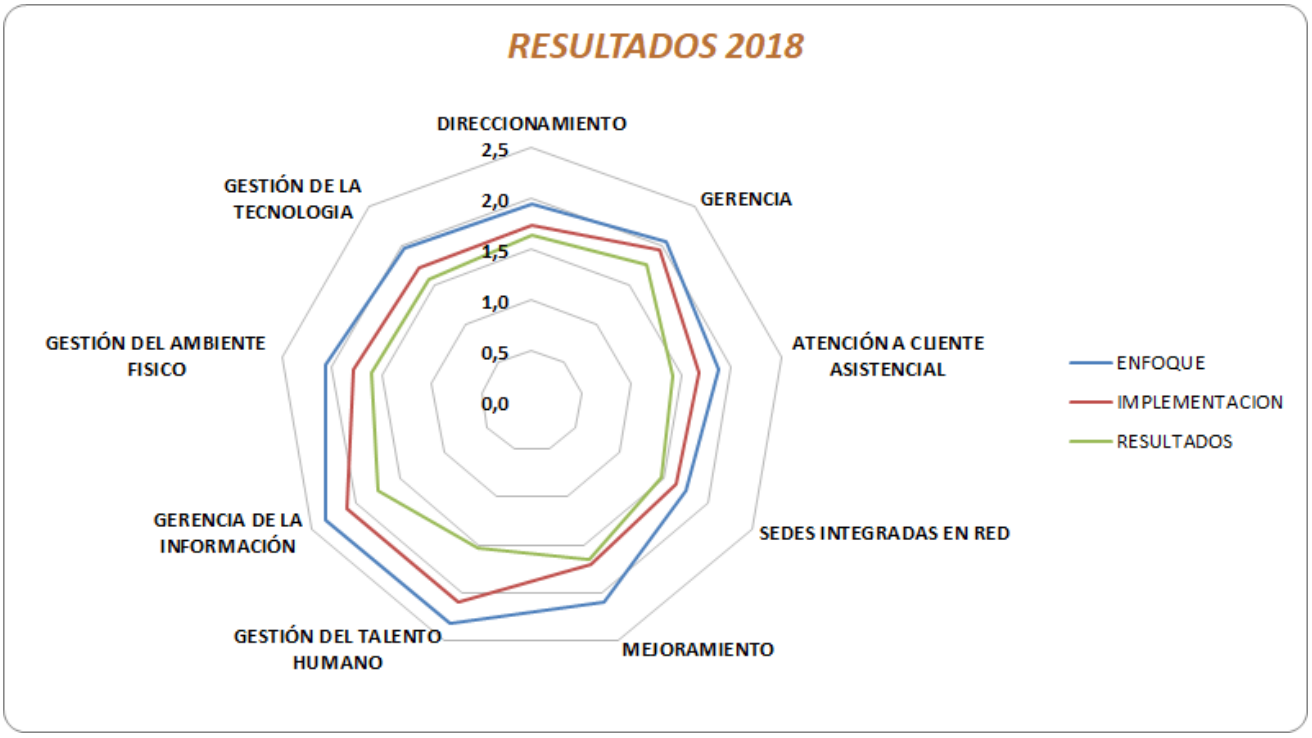
Se realizaran los siguientes pasos:

1- Leer todos los estándares.
2- Analizar el estándar y aclarar si es necesario.
3- Aplicar autoevaluación en campo.

Se califican los estándares de manera cualitativa y cuantitativa utilizando como guía la escala de calificación de la Resolución 2082 de 2012. Los resultados se registran en el formato autoevaluación.

Calificación cuantitativa general de la institución. A continuación se presenta la calificación global para cada uno de los grupos de estándares del Sistema Único de Acreditación. La escala de calificación es de 1 a 5 y se obtiene un resultado global de 1,8.

7.6.1



Consolidado cuantitativo global autoevaluación COLCAN 2018

ESTANDARES EVALUADOS	CALIFICACIÓN			
	ENFOQUE	IMPLEMENTACION	RESULTADOS	PROMEDIO
DIRECCIONAMIENTO	2,0	1,7	1,6	1,8
GERENCIA	2,1	2,0	1,8	1,9
ATENCIÓN A CLIENTE ASISTENCIAL	1,9	1,7	1,4	1,7
SEDES INTEGRADAS EN RED	1,8	1,6	1,5	1,6
MEJORAMIENTO	2,1	1,7	1,7	1,8
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2,3	2,1	1,5	2,0
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	2,3	2,1	1,7	2,1
GESTIÓN DEL AMBIENTE FISICO	2,1	1,8	1,6	1,8
GESTIÓN DE LA TECNOLOGIA	2,0	1,7	1,6	1,8
PROMEDIO INSTITUCIONAL SUA	2,0	1,8	1,6	1,8

7.6.2 Selección de procesos a mejorar. El diagnóstico básico general identifica brechas, a partir de las cuales el equipo evaluador procede a formular las, fortalezas y oportunidades de mejora, con el fin de prevenir y/o ajustar posibles desviaciones y así alcanzar los niveles establecidos por los estándares que tomamos como referentes.

Concluido el ejercicio anterior, el equipo identificará y obtendrá un inventario de procesos susceptibles a mejorar, los problemas o fallas se definirán en términos operativos como situaciones que ameritan intervención, para lo cual se formularan oportunidades de mejora. Se hará correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen, esto dentro de la matriz de priorización

7.6.3 Priorización de procesos. COLCAN necesita concentrar sus esfuerzos en el mejoramiento de aquello que más impacta en la atención y la satisfacción del Usuario en las sedes, el ejercicio de priorización va dirigido a las acciones de mejora a implementar, mediante la utilización de la matriz de priorización como herramienta, que permite determinar en términos de tiempo los plazos para implementar las acciones, dicha matriz evalúa las opciones con base en el impacto del plan de mejora y se califican factores como: el riesgo, costo y volumen. Se priorizan aquellas calificadas con prioridad alta (≥75)

Se debe tener claro que dentro de la metodología de formulación del PAMEC con enfoque en acreditación se realiza priorización de oportunidades de mejoramiento identificadas para cada uno de los estándares evaluados de acuerdo a la matriz de priorización. Posteriormente se realiza la identificación de los procesos relacionados a las oportunidades de mejoramiento priorizadas se evidencia en la matriz de priorización y seguimiento de PAMEC. Esto utilizando el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.

Riesgo: Al implementar la acción el/o los riesgos al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, se minimiza:

5: Significativo
3: Moderado
1. Bajo o Nulo

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento es:

1. Significativo
3. Moderado
5. Bajo o Nulo

Volumen: Alcance del mejoramiento / cobertura. Implementando esta acción se afectan positivamente los procesos:

5. Misionales y de Direccionamiento
3. Soporte
1. Al mismo proceso que genera la acción

NPR. Corresponde al nivel de priorización y resulta del producto de las variables riesgo, costo y volumen para la priorización de la oportunidad de mejora. Dónde:

- Menor a 15 (Verde) La oportunidad de mejora es considerada de prioridad baja.
- Menor a 75 (Amarilla) La oportunidad de mejora es considerada de prioridad media.
- Igual o mayor a 75 (Roja) La oportunidad de mejora es considerada de prioridad alta.

Adicionalmente se contemplan las barreras potenciales para el desarrollo del plan de mejora, donde se define la barrera.

Las barreras potenciales corresponden a él o los obstáculos que intervienen en el desarrollo del plan de mejora y pueden ser:

- **Barreras Institucionales**: Se refieren a los problemas relacionados con las políticas de la organización, jerarquías de la organización.
- **Barreras Tecnología y Sistemas**: Se refieren a los problemas relacionados con la falta de tecnología apropiada.
- **Barreras de Recursos**: Se refieren a los problemas que surgen del orden recursos (económicos, infraestructura, humanos, logísticos, tiempo, etc.).
- **Barreras de Conocimiento**: Las barreras al conocimiento pueden referirse a: Falta de existencia del conocimiento, interpretación del conocimiento, idoneidad del conocimiento, comunicación del conocimiento.
- **Barreras Socioculturales**: Se refieren a los problemas que están relacionados con problemas de comunicación, resistencia al cambio.

El tiempo planteado para el desarrollo de la actividad, corresponde al producto de la priorización por el perfil de riesgo de la barrera.

- Mayor o igual a 625 Plazo máximo de 1 año para la ejecución.
- Entre 125 a 405 Plazo máximo de 9 meses para la ejecución.
- Menor a 75 Plazo máximo de 6 meses para la ejecución.

7.6.4 Definición de la calidad esperada. Como se mencionó en autoevaluación, de acuerdo con las características de los servicios ofertados por COLCAN y con las bondades que los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad ofrecen, como quiera que estos promueven la seguridad del servicio de cara al Usuario nuestro referente será la Resolución 1445 de 2006. Y el Manual de Estándares de Acreditación Vs. 3.1 de la Resolución 5095 de 2018.

Teniendo en cuenta nuestro referente y que su intencionalidad es la de orientar el proceso de mejoramiento hacia niveles superiores de calidad, dicho referente se convierte en la calidad esperada en términos cuali y cuantitativos (2.4)

7.6.5 Medición inicial del desempeño de los procesos.

El mecanismo que nos permitirá evaluar y hacer seguimiento, de la brecha entre la calidad esperada y la observada será el informe de autoevaluación el cual contempla de forma cualitativa y cuantitativa, la evaluación, frente a cada estándar.

Como se mencionó antes, en el informe de autoevaluación quedan consignados los hallazgos, las fortalezas y las oportunidades de mejora, a su vez también se realiza una calificación cuantitativa utilizando como herramienta la hoja radar según resolución 2082 de 2012, para calificar cada uno de los estándares, es así como el resultado de la autoevaluación se convierte en la medición inicial de la calidad, de allí se formularán las acciones de intervención para disminuir la brecha entre lo observado y lo esperado.

7.6.6 Formulación, ejecución, evaluación y seguimiento. Una vez detectadas las desviaciones procedemos de acuerdo con el procedimiento de acciones de mejoramiento establecido dentro del SGC, donde inicialmente realizamos un análisis de causas para detectar la causa raíz y formular el plan de mejoramiento. Estas pueden ser de tres tipos:

Acciones preventivas
Acciones de mejora
Acciones coyunturales (correctivas)

Adicionalmente de forma trimestral se realizará seguimiento al cumplimiento de PAMEC el cual será registrado en el formato correspondiente. **Seguimiento a PAMEC**.

El responsable de sede registrará en el formato de seguimiento a PAMEC, las acciones emprendidas y de manera trimestral junto con la Supervisora de Sede verificaran su cumplimiento, el informe trimestral debe ser presentado en Comité de Calidad con la misma periodicidad. Además se realizarán tres auditorías al año por parte de Coordinación de Calidad.

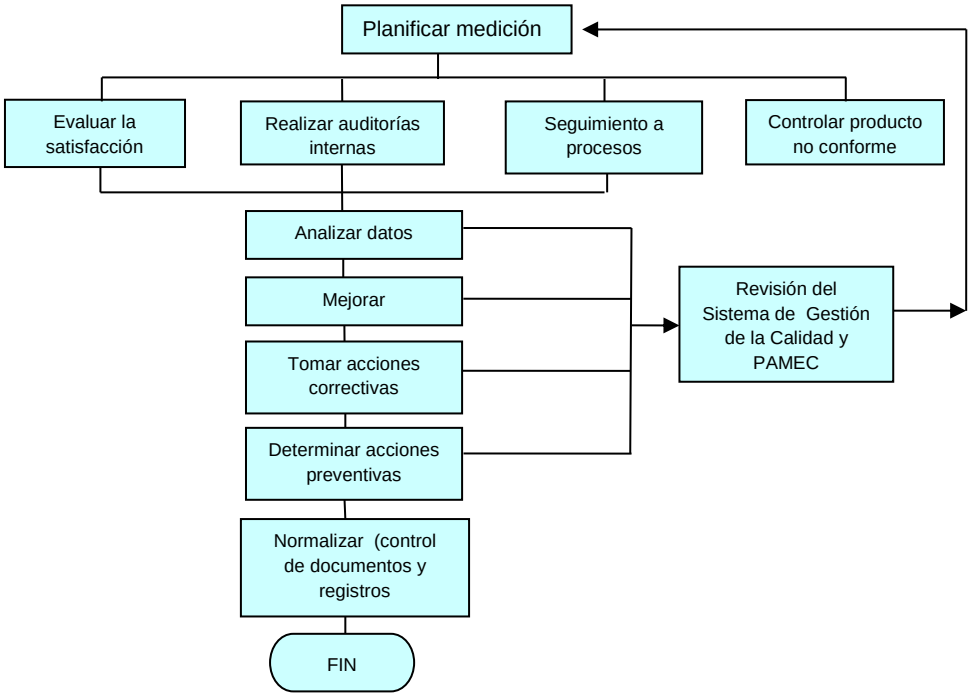
Reportes. Se trata de reportes periódicos, a nivel interno se realiza de manera trimestral en el formato de seguimiento.

Se debe tener en cuenta las circulares de secretaria para realizar el respectivo envío de documento e informes.

De acuerdo con la **Circular 012 de SNS** se debe enviar reporte de PAMEC de manera anual con plazo máximo a 28 de Febrero de cada año.

7.6.7 Aprendizaje organizacional. El aprendizaje organizacional se alcanza cuando se logran las metas propuestas, se cumplen las acciones formuladas en el Plan de mejoramiento y se evidencia estandarización y mejoramiento de los procesos y adicionalmente es retroalimentado y divulgado al interior de la organización.

Para este aspecto, se tendrá en cuenta los procedimientos contemplados en el Proceso de Mejoramiento de nuestro Sistema de Gestión de Calidad cuyo alcance va desde planificar la medición hasta estandarizar y de acuerdo con las Pautas Indicativas del Ministerio de Protección Social, una vez alcanzado y estabilizado el estándar en el nivel deseado se realizará la documentación de los procesos y se iniciará el entrenamiento y capacitación a los funcionarios de la organización.



7.6.8 Estandarización de procesos. A raíz de la implementación del plan de mejora y la evaluación del mismo se toman decisiones definitivas que fortalecen el actuar de los procesos y es a su vez documentado.

Para realizar la divulgación de estandarización de procesos se utilizarán las siguientes estrategias, reuniones de grupo primario, boletines informativos, capacitaciones y talleres que harán parte del plan de capacitaciones establecido para la sede.

7.7 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Para la evaluación y seguimiento al desarrollo y efectividad del PAMEC, se tendrán en cuenta los siguientes indicadores.

NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA	FRECUENCIA DE MEDICION	META
Cumplimiento en la ejecución de Planes de mejoramiento	No. de actividades realizadas / Total de acciones programadas	Trimestral	90%
Mejoramiento en el desempeño	De acuerdo con el resultado obtenido en las autoevaluaciones	Anual	≥ 2.4

OTRAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

- Realizar auditorías internas. En concordancia con el procedimiento de auditorías internas se realizará trimestralmente auditoria a la sede por parte de la Coordinación de Calidad.

- Aplicar listas de chequeo de autoverificación. Desde Dirección de Calidad se enviaran listas de chequeo para diferentes temas para que sean aplicadas mensualmente por el personal de la sede.

- Evaluar la satisfacción. De acuerdo con el procedimiento de evaluación de satisfacción se aplicaran encuestas a una muestra de la población atendida y se realizará seguimiento mediante el indicador correspondiente.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Guías básicas para la implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. 2007.
- Manual de Calidad COLCAN CA-Man-01
- Procedimiento de Acciones de Mejoramiento COLCAN CA-Pc-03
- Procedimiento de Auditoria interna COLCAN CA-Pc-04
- Módulo Auditorias interna KAWAK CA-Gui-03
- Modulo Mejoramiento KAWAK CA-Gui-01

Anexo. Hoja Radar

ESCALA DE CALIFICACION RESOLUCION 2082 DE 2014/SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

VARIABLE	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Enfoque sistémico: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave.	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todos los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico
Enfoque proactivo: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desarticulada, sin evidencia de la gestión del riesgo	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aun cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.
Enfoque evaluado y mejorado: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

VARIABLE	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero este no es consistente.	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

naturaleza y propósitos del estándar.					

RESULTADOS

VARIABLE	1	2	3	4	5
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan los criterios y requisitos del estándar evaluado	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas
Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos de medición sistémicos para la mayoría de los servicios o procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos y/o factores claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación