ADOPTAR la ruta crítica y el equipo PAMEC 2025, orientado al cumplimiento de los estándares de acreditación en servicios asistenciales. El Programa de Auditoría apoyará el mejoramiento continuo de los procesos claves, garantizando una atención segura y de calidad, mediante el seguimiento de indicadores y la ejecución del Plan de Auditoría.

ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

PAMEC 2025-2027

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del Cambio
1	08/03/2022	Creación documento
2	27/02/2025	Se realiza inclusión de nuevos centros, ajuste de actividades priorizadas, cambio de la denominación de algunos centros y del portafolio de servicios.

3		

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVO GENERAL 6
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6
3. ALCANCE 6
4. JUSTIFICACIÓN 6
5. MARCO NORMATIVO APLICABLE 7
6. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS 9
6.1 MISIÓN 9
6.2 VISIÓN **¡Error! Marcador no definido.**
6.3 POLITICA DE CALIDAD 9
6.4 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 9
6.5 POLITICA DE HUMANIZACION **¡Error! Marcador no definido.**
6.6 MAPA DE PROCESOS 10
7. PRESENTACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN 11
8. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PAMEC 14
8.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES POR NIVELES 14
9. MONITOREO DEL DESARROLLO DEL PAMEC 15
10. DEFINICIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO 15
12. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC SEGÚN EL ENFOQUE DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. 17
13. PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 19
14. TIPOS DE ACCIONES 20
15. ACREDITACIÓN EN SALUD 22
16. GRUPOS DE ESTÁNDARES 23
17. CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC 25
18. DESPLIEGUE 25
19. AUTOEVALUACIÓN 26
19.1 EVALUACIÓN CUALITATIVA 28
19.2 EVALUACIÓN CUANTITATIVA 29
20. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR 34
21. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS 34
22. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA 35
23. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO 36
24. ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS PRIORIZADOS 36
25. ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LOS PROCESOS PRIORIZADOS 37
26. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN 38
27. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO 38

28. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL 39
29. RESULTADOS DEL PAMEC 39
30. INFORME DE EJECUCIÓN POR FASES DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC 40
31. REPORTE CIRCULAR 012 DE 2016 40
32. BIBLIOGRAFÍA 41
33. ANEXOS 42

1. INTRODUCCIÓN

Este documento define el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad como parte de un direccionamiento legal obligatorio, que para la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, se convierte en un elemento estratégico para evaluar la Calidad esperada, frente a los estándares de acreditación establecidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), comparando la calidad observada frente a la calidad esperada, de tal forma que se identifique la existencia de brechas de desempeño, de esta manera implementar acciones de mejoramiento que optimicen la utilización de los recursos destinados a la atención, mejoren el impacto en la salud de los usuarios y que conlleven consecuentemente los centros de atención a niveles superiores de calidad.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.
- Y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Con la implementación de este programa se busca involucrar a todos y cada uno de los funcionarios de la de los centros de Atención de la ESE Cartagena de Indias, generando e incrementando la cultura de cambio al mejoramiento continuo y así alcanzar un cumplimiento de los estándares superiores de calidad, mediante el control y minimización del riesgo durante el proceso integral de atención.

2. OBJETIVO GENERAL

Adoptar e implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, con enfoque en Acreditación que permita alcanzar estándares superiores de calidad logrando el mejoramiento continuo de los procesos.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar y Medir la cultura de autocontrol en los procesos misionales a través del cierre efectivo de brechas.
- Programar y desarrollar las actividades de auditoria con el propósito de verificar el cumplimiento adecuado de la ruta crítica y el cierre efectivo de las oportunidades de mejora.
- Programar y desarrollar las actividades de auditoria con el propósito de medir el desempeño y efectividad de los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de Salud.
- Planear, ejecutar y medir la gestión del conocimiento del PAMEC en el personal asistencial y administrativo.
- Generar a través del aprendizaje organizacional el mejoramiento continuo y la estandarización de procesos.

3. ALCANCE

Inicia con la etapa de autoevaluación para obtener el diagnóstico frente al cumplimiento de los estándares de acreditación y finaliza con el cierre efectivo de los planes de mejoramiento, derivados de los procesos priorizados en cada fase de ejecución.
El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad aplica para todos los procesos de la ESE HLCI en el periodo comprendido entre 2022 a 2025, para la implantación de los estándares de acreditación de Colombia.

4. JUSTIFICACIÓN

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC) es una estrategia del sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, de acuerdo al decreto 1011 de 2006, con enfoque sistémico y de mejoramiento continuo de los procesos, teniendo en cuenta los atributos de calidad, Accesibilidad, Oportunidad,

Seguridad, Pertinencia, Continuidad, para responder a las necesidades de los usuarios y su familia en la prestación de los servicios de salud.

Se toma como referente los lineamientos del manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria de Colombia, con el propósito de lograr una apropiación, optimizar los resultados ya logrados y obtener niveles superiores de la calidad en la atención de nuestros pacientes; basados en los criterios descritos en cada estándar, se busca identificar los procesos que agregan valor y descartar los ineficientes, motivando a los colaboradores, proveedores y terceros a pensar más allá de la simple evaluación de la calidad e implementando estrategias que fortalezcan la percepción positiva del usuario y su familia, que la prestación de servicios se realiza de manera efectiva con calidad y seguridad.

Es responsabilidad del líder del PAMEC y su equipo de trabajo, divulgar, ejecutar y evaluar la ruta crítica del programa, para gestionar el mejoramiento continuo de sus procesos, estableciendo mecanismos y estrategias enfocadas a cerrar de manera efectiva las desviaciones encontradas y generando una articulación con todos los procesos.

Para lograr lo anterior, el mejoramiento continuo de los procesos debe convertirse en parte esencial del día a día, que promueva el fortalecimiento de la cultura organizacional, basada en el bienestar de las personas, formación, entrenamiento, y trabajo en equipo, que le apunten a lograr el compromiso, el conocimiento y la disciplina.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias define realizar el PAMEC 2022 debido a terminación de la vigencia del PAMEC anterior.

5. MARCO NORMATIVO APLICABLE

- **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

- **Resolución 0123 de 2012:** Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006, cambiando los estándares de acreditación para instituciones ambulatorias y hospitalarias.

- **Resolución 3100 de 2019:** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e

implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

- **Resolución 1445 de 2006**: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones, Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, se adoptan los manuales de estándares contenidos en el anexo técnico No. 1.

- **Resolución 0256 de 2016:** Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

- **Circular 012 de 2016:** Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información de la calidad.

- **circular 047 de 2007** y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad.

- **Resolución 5095 de 2018** Por la cual se adopta el manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia Versión 3.1.

- **Resolución 780 de 2016** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social.

- **Resolución 1328 de 2021** – Estándares acreditación servicios salud baja complejidad, mediante la cual se modifica la Resolución 5095 de 2018.

6. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

6.1 MISIÓN

Somos una entidad prestadora de servicios integrales de salud organizada como prestador primario, que mediante el enfoque de atención primaria en salud y un recurso humano competente, humano y ético, garantiza el derecho a la adecuada y segura atención en salud a la población usuaria, procurando el goce efectivo al bienestar.

6.2 VISIÓN

En el año 2030 la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, es reconocida como Prestador Primario acreditado en la prestación de los servicios de salud de baja complejidad, resultado de la implementación del modelo de gestión del riesgo soportado en la planeación, la calidad, el control y la transparencia de sus procesos.

6.3 POLITICA DE CALIDAD

Nuestro propósito es prestar servicios de salud de baja complejidad, a través del desarrollo de procesos implementados por un recurso humano actualizado y calificado, que trabajando continuamente en la eficacia del sistema de gestión de la calidad busca satisfacer las necesidades y expectativas razonables de los clientes centrados en la atención humanizada y segura.

6.4 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estamos comprometidos con el desarrollo de una cultura de gestión del riesgo, basada en el fortalecimiento de herramientas de planeación, evaluación, control e información sobre los procesos institucionales, cumpliendo con la normatividad del sector, garantizando servicios de calidad para la satisfacción y seguridad de nuestros clientes, además de la preservación del medio ambiente.

La humanización se reconoce como un eje trazador dentro del Sistema Único de la Acreditación cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano (Resolución 2082, 2014), Está encaminada a brindar respuesta a las necesidades de los usuarios y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así busca generar e impulsar un proceso de transformación de la cultura del sistema de salud a partir del cambio de comportamiento de las personas en las instituciones ya que la humanización puede transformar la manera de pensar, dirigir y actuar del Sistema de salud. (Ministerio dela protección social, 2016)

La humanización busca el bienestar, la realización humana y profesional de los trabajadoresde salud (usuario interno) mediante el desarrollo de competencias, disminución del riesgo, practicas seguras, procesos formativos que brinden herramientas para la prestación de servicio con calidad, contemplar al paciente (usuario externo) desde una mirada biopsicosocial que considera al ser humano en sentido global, holístico, en su dimensión física, intelectual, emocional, social y espiritual aumentando su satisfacción frente laprestación del servicio.

Así mismo, la humanización busca dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del sistema general de seguridad social en salud, se hace necesario diseñar un programa enfocado en velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo humano. Los funcionarios y colaboradores de la ESE HCLI que brindan atención en salud deben estar preparados para la sensibilización con respecto al cuidado de los

6.6 MAPA DE PROCESOS

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento para la Calidad está enmarcado dentro del Macro Proceso Gestión de Calidad "de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, abarcando todos los procesos asistenciales y de apoyo de la organización con el fin de ser una organización altamente confiable.

La ESE Cartagena de Indias busca resultados de salud óptimos y seguros para todos los pacientes e impulsa las eficiencias operativas clínicas de todos los procesos y el uso efectivo de los recursos. El Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad busca alinear todas las iniciativas de mejora desarrollando la ruta crítica del PAMEC.



7. PRESENTACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN

La ESE Hospital local Cartagena de Indias presta servicios de complejidad **Baja** y la población a atender pertenece al régimen **subsidiado, contributivo, y particulares.**

ESE HLCI cuenta con 47 centros de atención dividido por subred:

NUMERO	SUB RED	SEDE	CODIGO DE HABILITACIÓN
1	ARROZ BARATO	HOSPITAL ARROZ BARATO	1300100817-06
2		CENTRO DE SALUD NUEVO BOSQUE	1300100817-03
3		CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO	1300100817-04
4		CENTRO DE SALUD PASACABALLO	1300100817-12
5		PUESTO DE SALUD SAN VICENTE DE PAUL	1300100817-17
6		PUESTO DE SALUD LAS REINAS	1300100817-18
7		CENTRO DE SALUD SOCORRO	1300100817-24
8		PUESTO DE SALUD TERNERA	1300100817-25
9		PUESTO DE SALUD BOSQUE	1300100817-26
10		PUESTO DE SALUD ISLOTE SAN BERNARDO	1300100817-39
11		PUESTO DE SALUD NELSON MANDELA	1300100817-61
12		PUESTO DE SALUD ISLA FUERTE	1300100817-29

13		CENTRO DE SALUD CERROS	1300100817-68
14		PUESTO DE SALUD ISLAS DEL ROSARIO	1300100817-31
15		CENTRO DE SALUD SANTANA	1300100817-67
16		CENTRO DE SALUD BARU	1300100817-66
17	CANAPOTE	HOSPITAL CANAPOTE	1300100817-02
18		CAP ESPERANZA	1300100817-05
19		CENTRO DE SALUD BOQUILLA	1300100817-07
20		CENTRO DE SALUD CANDELARIA	1300100817-15
21		PUESTO DE SALUD FATIMA	1300100817-16
22		PUESTO DE SALUD SAN PEDRO Y LIBERTAD	1300100817-23
23		CENTRO DE SALUD BOCACHICA	1300100817-28
24		PUESTO DE SALUD CAÑO DEL ORO	1300100817-30
25		PUESTO DE SALUD PUNTA ARENA	1300100817-36
26		PUESTO DE SALUD TIERRA BOMBA	1300100817-37
27		PUESTO DE SALUD MANZANILLO	1300100817-41
28		PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE	1300100817-42
29		CAP SAN FRANCISCO 1	1300100817-45
30		PUESTO DE SALUD PUERTO REY	1300100817-47
31		PUESTO DE SALUD TIERRA BAJA	1300100817-60
32	POZON	HOSPITAL POZON	1300100817-14
33		CAP OLAYA HERRERA	1300100817-08
34		CAP BAYUNCA	1300100817-09
35		CAP PUNTA CANOA	1300100817-10
36		CAP FREDONIA	1300100817-19
37		PUESTO DE SALUD FOCO ROJO	1300100817-20
38		PUESTO DE GAVIOTAS	1300100817-21
39		CAP LIBANO	1300100817-22
40		CAP ARROYO GRANDE	1300100817-33
41		CAP ARROYO DE PIEDRA	1300100817-34
42		CAP ARROYO DE LAS CANOAS	1300100817-35
43		CAP PONTEZUELA	1300100817-38
44		PUESTO DE SALUD BOSTON	1300100817-44
45		CAP NUEVO PORVENIR	1300100817-49
46		CAP BICENTENARIO	1300100817-62
47		CENTRO DE SALUD POZON	1300100817-63

7.1 Portafolio de servicios ofertado para atender a la población es:

MEDICINA GENERAL
ODONTOLOGIA GENERAL
CONSULTA EXTERNA PSICOLOGIA
NUTRICION Y DIETETICA
CONSULTA EXTERNA ENFERMERIA
URGENCIAS
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO CLINICO
SERVICIO FARMACEUTICO
TOMA DE MUESTRA DE CUELLO UTERINO Y GINECOLOGICA
DIAGNOSTICO CARDIO VASCULAR
VACUNACION
TRANSPORTE ASISTENCIAL
ULTRASONIDO
RADIOGRAFIA ODONTOLOGICA
LABORATORIO CLINICO
IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES
HOSPITALIZACION ADULTO Y PEDIATRICO
MEDICINA INTERNA
PEDIATRIA
GINECOBSTETRICIA
ATENCION DEL PARTO

La atención de los usuarios se basa en el Modelo de prestación de servicio, cuyo objetivo es "Desarrollar un modelo de atención integral en salud y de prestación de servicios, que responda a las necesidades de la población, que articule y armonice las intervenciones de atención individual y colectiva, con las políticas de salud pública en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, enfocado en la humanización, la seguridad del paciente, la gestión del riesgo en salud, la implementación de Rutas Integrales de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y los lineamientos para la contención de la Pandemia por COVID-19, contribuyendo a mejorar la situación de salud y calidad de vida de la comunidad".

Los centros de atención cuentan por lo tanto con talento humano capacitado, que labora con idoneidad, profesionalismo y experiencia en el desarrollo y prestación de servicios de salud, para dar respuesta a las necesidades y mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, siempre pensando en la calidad de la atención y el mejoramiento continuo.

8. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PARA LA EJECUCIÓN DEL PAMEC

Para la implementación, ejecución, seguimiento y evaluación del PAMEC en cada una de sus etapas, se debe conformar el equipo de trabajo impares, interdisciplinario y con un máximo de 7 personas, bajo el liderazgo del Coordinador de Calidad asignado como líder del PAMEC.
Se implementará dos grupos que serán los encargados de la estructura organización para el desarrollo del PAMEC; estos grupos estarán conformados de la siguiente manera:

8.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DE LOS INTEGRANTES POR NIVELES

Grupo Estratégico y táctico

Son quienes, articulan la conformación y toma de decisiones del Equipo PAMEC para la correcta implementación y desarrollo de la ruta Crítica, está conformado por:

- Gestores Gerenciales y planeación.
- Líder del Equipo PAMEC
- Auditores internos asignados a PAMEC.

Dentro de las acciones se encuentran:

- Apoyar la gestión de Mejoramiento desde las diferentes fuentes (Auditorías internas, Auditorías externas, Comités.)
- Responder por la implementación del PAMEC su despliegue y divulgación a todo el equipo.
- Reportar los resultados de la gestión PAMEC, en comité de Calidad Local y en Comité de gestión y Evaluación de Desempeño.
- Asesorar en la gestión de mejoramiento acorde a procesos priorizados.
- Realizar Gestión del conocimiento de Generalidades del PAMEC a los centros de Atención.
- Planear, ejecutar y evaluar la ruta crítica del PAMEC acorde a cronograma

- Vigilar los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento.
- Comunicar los resultados de los planes de mejoramiento a los diferentes grupos de interés.

El equipo PAMEC planeará y ejecutará las reuniones en forma mensual; de cada reunión se deja soporte de acta.

Los resultados de las reuniones y desarrollo del PAMEC serán comunicados a los centros de atención con periodicidad mensual, por boletín de calidad y a través de los comités de calidad local.

Grupo Operativo

- Los integrantes de este grupo son: directores operativos de sube red, jefes de oficinas, directores operativos de áreas, enfermeras/os jefes.

El grupo operativo es responsable de ejecutar las acciones de mejora en cada uno de los centros de atención y sede administrativa acorde a formulación de planes de acción definidas en el PAMEC.

Entregan los resultados y soportes de los indicadores definidos acorde a los procesos priorizados, con la periodicidad acordada.

9. MONITOREO DEL DESARROLLO DEL PAMEC

Para el seguimiento al cumplimiento de la Calidad en la implementación del PAMEC, la Líder de calidad desde su rol de acompañamiento y seguimiento, garantiza la articulación con las áreas transversales y realiza auditoria de la Ruta Crítica del PAMEC.

10. DEFINICIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO

El **PAMEC** es el conjunto de conceptos, principios y disposiciones metodológicas que adopta la organización, para evaluar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, con el propósito de implementar medidas orientadas al mejoramiento continuo.

Para los efectos pertinentes, tal como lo expresa la resolución 780 de 2016, la Calidad de la Atención en Salud se entiende como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios".

La elaboración del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad tiene como fundamento el MEJORAMIENTO CONTINUO, va más allá de una simple evaluación de calidad, por tal razón, el enfoque propuesto para la auditoría, operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa.

- **AUTOCONTROL**: es el nivel óptimo en que actúa la auditoría, establece que cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización.

  Para garantizar el autocontrol se debe garantizar la realización de las siguientes actividades:

  - Empoderar a los colaboradores para que detecten las oportunidades de mejora dentro de sus diferentes roles, como fuente importante en la identificación permanente de los aspectos susceptibles de mejoramiento, para poder determinar los ajustes y acciones necesarias que permitan alcanzar el mejoramiento continuo.
  - Detectar las oportunidades de mejora de los procesos a través de las evaluaciones con las herramientas existentes: medición de adherencia a guías clínicas, auditoria de paciente trazador, lista de chequeo de seguridad, revisión de los indicadores del PAMEC, seguimiento al plan de mejoramiento de seguridad del paciente y calidad, entre otros.

Estas actividades son dirigidas por el Líder de PAMEC y su equipo de trabajo.

- **AUDITORÍA INTERNA:** es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol, esta actividad es realizada por el equipo de auditores.

- **AUDITORÍA EXTERNA:** es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo, su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol. Las entidades externas que pueden realizar estas auditorías son: las EAPB, y entes de control.

12. METODOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC SEGÚN EL ENFOQUE DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

La auditoría de la calidad de la atención en salud promueve el mejoramiento continúo basado en el ciclo PHVA y utilizando un modelo de calidad que se basa en el cumplimiento de la ruta crítica:



Imagen 2 Ruta crítica del PAMEC

Uno de los modelos básicos de mejora, y el mejor conocido, es el modelo Plan-Do-Study-Act (PDSA o PHVA por sus siglas en español). El enfoque del modelo para el desarrollo de los planes de mejoramiento se enmarca en el fortalecimiento e implementación del Ciclo PHVA aplicable a todos los procesos de la institución, garantizando un ciclo sistemático de los planes de acción y actividades desarrolladas en todos los niveles de operación.

La aplicación de este ciclo abarca todos los niveles de gestión, y parte de la cultura organizacional.

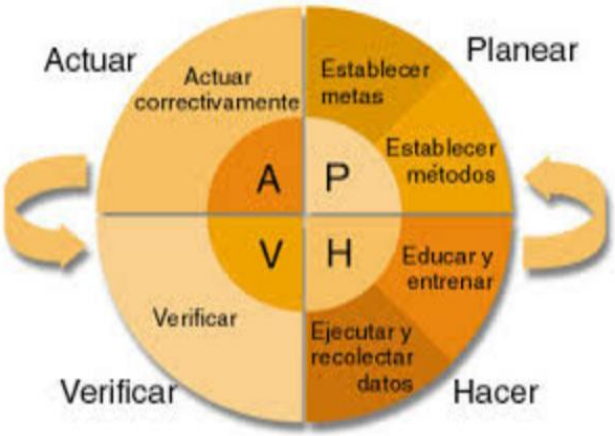


Imagen 3 Ciclo PDSA (PHVA)

Planear - Organización lógica del trabajo

a) Conformar el grupo de trabajo
b) Realizar autoevaluación.
c) Seleccionar procesos por mejorar.
d) Priorizar procesos con fallas de calidad que afectan los factores críticos de éxito.
e) Definir la calidad esperada de los procesos priorizados
f) Determinar el plan de auditoria para realizar la medición inicial de desempeño

Hacer - Correcta realización de las tareas planificadas

a) Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.
b) Hacer cronograma para controlar la ejecución de la ruta crítica del PAMEC.
c) Entrenar al equipo y líderes de procesos
d) Ejecutar el plan de auditoría definido en la planeación.
e) Definir y ejecutar los planes de acción.
f) Realizar la medición de los indicadores establecido

Verificar - Comprobación de los logros obtenidos

a) Evaluar la efectividad de los planes de acción.

b) Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados.

Actuar - Posibilidad de aprovechar y extender aprendizajes y experiencias adquiridas en otros casos

a) Socializar los resultados de los hallazgos y los procesos que deben generar plan de Mejora.
b) Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
c) Soportar al equipo en la formulación y seguimiento y evaluación de la efectividad del Plan de Mejoramiento.
d) Monitorear el aprendizaje organizacional
e) Estandarizar los procesos priorizados de acuerdo a las acciones de mejoramiento implementadas, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada. Se pueden presentar tres escenarios en esta etapa:

- ✓ Que se cumpla la meta y no se detecten riesgos que aumenten la probabilidad de que presenten problemas futuros. En este caso, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso.
- ✓ Que se cumpla la meta y se detecten riesgos que aumenten la probabilidad de que se presenten problemas futuros. Aquí se debe evaluar dicho riesgo con el fin de determinar la necesidad de implementar las acciones preventivas pertinentes.
- ✓ Que no se cumpla la meta, en este escenario se deben analizar las causas del incumplimiento con el fin de corregir y ajustar el proceso para volver a realizar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

13. PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Acorde con lo establecido en las pautas del Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación del **PAMEC** los principios son:

13.1 Promoción del Autocontrol: La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, brindando soluciones oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

13.2 Trabajo en Equipo: El desarrollo del **PAMEC** implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la organización de diferentes disciplinas y con diversos niveles de formación, en la constitución de equipos que asuman la responsabilidad de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.

13.3 Enfoque Preventivo: La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

13.4 Confianza y Respeto: La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
13.5 Sencillez: Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoria deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

13.6 Confiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoria deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

13.7 Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

14. TIPOS DE ACCIONES

Se consideran los siguientes tipos de acciones para la auditoria de la calidad de la atención en salud:

14.1 Acciones Preventivas

"*Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma*".

Las acciones preventivas, tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con los que se lleven a cabo el Autocontrol, la Auditoria interna y la

Auditoría externa. Tales criterios deben tomar además en consideración la evaluación de los resultados observados de la calidad para adoptar acciones encaminadas a prevenir la recurrencia de los problemas de calidad identificados. Por ejemplo, el ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud, la adopción de estándares de calidad por parte de las organizaciones de salud y la concertación precontractual entre las EPS sobre los parámetros que guiarán la ejecución de la auditoría externa.

14.2 Acciones de seguimiento o correctivas

Se refieren al "conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la institución, a la prestación de los servicios de salud para garantizar su calidad"[1]. Son acciones realizadas lo más cercano al tiempo real de la ejecución de las actividades de los procesos, con el fin de identificar y solucionar oportunamente los problemas reales o potenciales de éstos.

En estas acciones se encuentran:

- Las evaluaciones que realizan los colaboradores de la institución sobre los resultados de su propio desempeño.
- El seguimiento al comportamiento de los indicadores de gestión que realizan los integrantes de un proceso.
- Verificar la adherencia a guías, normas técnicas, protocolos y procedimientos de atención en salud.
- La evaluación de la satisfacción de los usuarios

En este tipo de acciones, el Comité de Calidad e historias clínicas juega un papel fundamental en la institución.

14.3 Acciones retrospectivas o coyunturales

"Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la institución para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención en salud, y facilitar la aplicación

[1] Decreto 780 de 2016

de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia".

En estas acciones se incluyen:

- Seguimiento y análisis de eventos adversos, como se referencia en el documento Programa de Seguridad del Paciente.
- Seguimiento y análisis de quejas y reclamos: FORMATO CONSOLIDADO PQRSDF
- Seguimiento y análisis de la morbi-mortalidad.

15. ACREDITACIÓN EN SALUD

La acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.
Los ejes del modelo de acreditación son:



Gráfica 3. Ejes del modelo de acreditación

- **La seguridad de paciente**: Entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.

- **El enfoque y gestión del riesgo:** Mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.

- **La planeación de la tecnología**: Mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.

- **Humanización de la atención**: que existan políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tenga en cuenta la dignidad del ser humano.

- **Cultura organizacional transformada:** Que aborde sistémicamente los anteriores ejes, donde se alinean las normas, la cultura y la ética.

- **Responsabilidad social:** Inmersa a su vez en la cultura y entendida como la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad y los individuos, para contribuir con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

16. GRUPOS DE ESTÁNDARES

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera:

16.1 Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial: están diseñados con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria e incluye los subgrupos de estándares:

- Derechos de los pacientes
- Seguridad del paciente
- Acceso
- Registro e ingreso
- Planeación de la atención
- Evaluación de necesidades al ingreso
- Referencia y contra referencia
- Salida y seguimiento
- Ejecución del tratamiento
- Evaluación de la atención

- Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud.

16.2 **Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial**: incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales

- Direccionamiento: Es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
- Gerencia: Es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- Gerencia del Talento Humano: Se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- Gerencia de la Información: Se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.
- Ambiente Físico: Incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- Gestión de Tecnología: se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

- **Estándares de Mejoramiento de la Calidad**: cuya finalidad es evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo de mejoramiento se operativizan en los procesos evaluados.

Conceptualización gráfica de los grupos de estándares:



Imagen 4 Grupo de estándares de acreditación

17. CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

El cronograma de implementación del PAMEC, se encuentra en el documento **Cronograma de Implementación del PAMEC**, el cual incluye cada etapa a desarrollar con el período de inicio y fin.

18. DESPLIEGUE

El despliegue del PAMEC se realiza por niveles:

Tipo de Capacitación	Responsable	Dirigido a	Tema	Frecuencia
Inicial	Equipo Central de Calidad	Nivel Estratégico y Táctico	Ajustes en lineamientos Pamec y uso de herramientas definidas para el desarrollo de estas actividades	Inicial y a Necesidad

Entrenamiento Técnico	Profesionales universitarios del área de gestión estratégica	equipo PAMEC	1, Generalidades del Pamec, Lineamientos para Programar y Ejecutar la Ruta Critica 2. Reentrenamiento en la metodología y diligenciamiento de Acta.	Según Ruta Critica
Informativa y Capacitación	Líder Equipo Pamec Profesionales universitarios del área de gestión estratégica	Nivel Operativo (Centros de Salud)	Avance de la Ruta Crítica, Los Procesos priorizados, Seguimiento a los Planes de Mejoramiento e impacto de los mismos (Juntas de Calidad).	Mensual
Informativa y Capacitación	Nivel operativo (jefes de enfermería)	Colaboradores asistenciales y administrativos de los Centros de Atención	Avance de la Ruta Crítica, Los Procesos priorizados, Seguimiento a los Planes de Mejoramiento e impacto de los mismos (Comité de calidad Local)	Mensual

Para dar cumplimiento a lo anterior se proponen generar espacios de capacitación de generalidades del PAMEC, charlas, talleres, entre otras, que permitan al equipo adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para realizar adecuadamente el programa de auditoría de mejoramiento de la calidad y garantizar el aprendizaje organizacional en toda la etapa del proceso. De cada capacitación se dejan los soportes (listas de asistencias, actas de reunión y evaluaciones), documentos que se archivan en la carpeta PAMEC.

19. AUTOEVALUACIÓN

La Etapa de autoevaluación de la primera fase, se toma como referente el Manual de Acreditación de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios y acorde a la ruta crítica del PAMEC, se ejecutará con el propósito de obtener un diagnóstico situacional actual, para validar la evolución cuantitativa en los procesos priorizados e identificar nuevas oportunidades de mejora, las cuales se agruparán a través de los procesos institucionales, estableciendo un punto de comparación frente a los estándares de calidad. El resultado de esta actividad se consigna en la sección "Autoevaluación" del **Formato Ruta Crítica del PAMEC en Acreditación.**

El resultado final de la autoevaluación es la calificación integral del proceso (cualitativa y cuantitativamente) y está consolidado en la sección "Listado de procesos a mejorar – Priorización" del **Formato Ruta Crítica del PAMEC en Acreditación.**

La autoevaluación permite obtener una Evaluación Cualitativa, identificación de las Fortalezas Organizacionales con sus respectivas evidencias y una Evaluación Cuantitativa de los procesos, estableciendo las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada.

Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo. El modelo de acreditación centrado en el usuario y su familia enfatiza la importancia de hacer que todos los niveles del personal, profesionales y técnicos, trabajen en equipo para completar las fases de autoevaluación. El equipo puede utilizar la autoevaluación como un instrumento para que los usuarios den sugerencias y críticas y para que los involucrados analicen los procesos relevantes.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias realizará el PAMEC en un periodo de 3 años, sin embargo, el proceso de autoevaluación se realizará anual, frente a los estándares de acreditación, de la siguiente manera:

En el primer periodo comprendido entre marzo y diciembre del año 2025 se realizara el primer ciclo de la Ruta Critica PAMEC, del cual emanaran acciones de mejora las cuales se clasificaran por niveles de priorización y se programaran a corto mediano y largo plazo de cumplimiento, se cierra el ciclo con el cierre de las acciones programadas a corto plazo debido a que serán las priorizadas con mayor puntaje (125), de las cuales en este periodo se escogerán las primeras 30 acciones, se realiza cierre de brechas e informe.

En el segundo periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2026, se realizará nueva autoevaluación, con los estándares de acreditación que quedaron priorizados y sin cerrar en el primer ciclo, y se tomarán las acciones priorizadas a mediano plazo, serán las acciones siguientes en orden descendente hasta sumar 30 acciones en el periodo, se realiza cierre de brechas al finalizar periodo e informe.

En el tercer ciclo comprendido entre enero y diciembre del año 2027, se realizará nueva autoevaluación con los estándares de acreditación que quedaron priorizados y sin cerrar en el segundo ciclo, se tomaran las acciones priorizadas a largo plazo, las cuales fueron las calificadas en el primer ciclo como las ultimas en orden descendente hasta completar 30 acciones en el periodo. En este periodo realiza el cierre final del Programa de Auditorías para el Mejoramiento de la calidad.

La autoevaluación del Programa de auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de la ESE Hospital Local Cartagena de Indias se realizará por subredes, sin embargo, los planes de mejoramiento e indicadores de medición par el cumplimiento de los mismos será proyectados de manera general para todos los centros y se harán indicadores específicos los cuales deben ser llevados por centro de Atención,

según les aplique. Cada directora de subred responderá ante el comité de calidad por los indicadores de su subred.



Imagen 5 Autoevaluación

19.1 EVALUACIÓN CUALITATIVA

La metodología a desarrollar es la siguiente:

a) Lectura rápida y general de todos los estándares del proceso evaluado.
b) Lectura del estándar por evaluar: El grupo en pleno estudia y homologa el enfoque del criterio asignado, ya que este es el referente, si todos entendieron el estándar continúe, si no se debe buscar la aclaración.
c) Revisión y discusión cada estándar: Las siguientes preguntas ayudan a encontrar más fácilmente las oportunidades de mejora o fortalezas, léalas y anote las respuestas en una hoja, al terminar se discuten las repuestas con sus compañeros.
   - ✓ ¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?
   - ✓ ¿Como se ejecutan los procesos actividades o tareas a través de los cuales se cumplen los estándares?
   - ✓ ¿Que de lo que se hace es un hecho o evidencia de cumplimiento del estándar?
   - ✓ ¿Cuál es el resultado de lo que se hace?
   - ✓ ¿Cómo se miden los resultados de lo que se hace?

- ✓ ¿Qué se debe cambiar para mejorar el resultado de los procesos?
- ✓ ¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?

d) Una vez aclarado el significado, se redactan las fortalezas relacionadas con el estándar, con sus respectivos soportes.
e) Identificación y descripción de las oportunidades de mejoramiento detectadas respecto al lineamiento del estándar; en las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.
f) Definir qué procesos del mapa de procesos, están asociados a las oportunidades de mejora.

19.2 EVALUACIÓN CUANTITATIVA

Para la evaluación cuantitativa tener en cuenta tres dimensiones, con sus variables.

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

- **Sistematicidad:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.
- **Proactividad:** Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento**: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

VARIABLES	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega están documentados.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.

Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aun cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	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 áreas 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.

Tabla 3. Variables de la dimensión Enfoque

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

VARIABLES	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución.	El enfoque se ha implementado en algunas áreas, pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

propósito del estándar).			grado mínimo de consistencia.		

Tabla 4. Variables de la dimensión Implementación

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

- **Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- **Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- **Avance de la medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.
- **Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- **Comparación:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

VARIABLES	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	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 algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	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 de 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 a las acciones sistemáticas de mejoramiento.

Avance de la medición	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 algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas 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	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 las áreas 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	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 áreas, productos, factores y/o servicios 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.

Tabla 5. Variables de la dimensión Resultados

La metodología a realizar es la siguiente:

- Repasar con detenimiento el significado de los componentes: Enfoque, implementación, resultados, sus variables y el estándar por evaluar.
- Leer las oportunidades de mejora y las fortalezas señaladas
- Utilizar la escala de calificación disponible en el formato para determinar el grado de desarrollo.

Los equipos de Autoevaluación son liderados por los siguientes colaboradores

LIDERES GRUPO DE ESTANDARES DE ACREDITACION	
GRUPO DE ESTANDARES	LIDERES
DERECHO DE LOS PACIENTES	JEFE DE OFICINA PARTICIPACION SOCIAL Y CIUDADANA
ACCESO REGISTRO E INGRESO PLANEACION D ELA ATENCION EVALUACION DE NECESIDADES SALIDA Y SEGUIMIENTO EJECUCION DEL TRATAMIENTO EVALUACION DE LA ATENCION SEDES INTEGRADAS EN RED	JEFE DE CENTROS DE SALUD) Estándar 22. Código: (AsREG1) PROCESO DE FACTURACION Estándar 27. Código: (AsEV2) PROCESO P Y M , Estándar 29. Código: (AsEV4)DIRECTOR DE GESTION TERRITORIAL EN SALUD, Estándar 30. Código: (AsEV5) EPIDEMIOLOGIA ,Estándar 33. Código: (AsPL3) LIDER DE SALUD ORAL , Estándar 38. Código: (AsPL8) LIDER DE P Y M Estándar 46. Código: (AsPL16)(SERVICIO FARMACEUTICO), Estándar 48. Código: (AsPL18) epidemiologia, Estándar 51. Código:
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR - PROFESIONAL ESPECIALIZADO- PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DEL AREA DE GESTION ESTRATEGICA- DIRECTOR TALENTO HUMANO(estandar 99-120-) -Estándar 106, 125. Código: (DIR12)DOCENCIA SERVICIO, Estandar 121, 122, 123) JEFE DE OFICINA DE GESTION FINANCIERA Estándar 109. Código: (DIR15).MERCADEO Y COMUNICACIONES, Estándar 111. Código: (DIR17) EPIDEMIOLOGIA, Estándar 112, Estándar 128. Código: (GER.17), . Código: (GER1)ATENCION AL CIUDADANO,
GERENCIA DEL RECURSO HUMANO	DIRECTOR TALENTO HUMANO Estándar 145. Código: (TH14) DOCENCIA SERVICIO, Estándar 149. Código: (TH18) SEGURIDAD Y SALUD LABORAL,
GERENCIA DE LA INFORMACION	DIRECTOR DE GESTION DE LAS TIC
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	DIRECTOR DE APOYO LOGISTICO, Estándar 151. Código: (GAF2) EPIDEMIOLOGA Estándar 154. Código: (GAF5) Estándar 155. Código: (GAF6)SEGURIDAD Y SALUD LABORAL Estándar 162. Código: (GAF13) SERVICIO FARMACEUTICO.
GESTION D ELA TECNOLOGIA	DIRECTOR DE APOYO LOGISTICO BIOMEDICO, Estándar 173 Código: (GT11) DIRECTOR DE LAS TICS.
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	PROFESIONAL ESPECIALIZADO- PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DEL AREA DE GESTION ESTRATEGICA

20. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

En cada fase, el resultado de la autoevaluación permitirá la identificación de los procesos a mejorar o la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano y largo plazo ser objeto de oportunidades de mejoramiento.

21. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Una vez identificados los procesos a mejorar y con la participación activa de todos los integrantes del equipo de calidad, se aplicará la metodología de priorización del Ministerio teniendo en cuenta las variables riesgo, costo y volumen.

Para la realización de la priorización se desarrolla en la matriz del formato destinado para tal fin y que se anexa al documento teniendo en cuenta los factores críticos de éxito, que son aquellos aspectos que si todos los colaboradores involucrados contribuyen a su cumplimiento permitirán el logro de los objetivos y metas de la entidad.

Luego de revisar el listado de procesos a mejorar y la priorización de acuerdo a riesgo, costo y volumen, las oportunidades de mejora calificadas igual o mayor a 125 puntos, serán consideradas como críticas, de las cuales se tomarán las primeras 30.

Escalas de Calificación

RIESGO	
CRITERIO	**CATEGORÍA**
Si falla la aplicación del estándar o práctica. No representa ningún riesgo para los usuarios, colaboradores o la institución	1
Si falla la aplicación del estándar o práctica. representa un riesgo mínimo para los usuarios, colaboradores o la institución	3
Si falla la aplicación del estándar o práctica. representa un alto riesgo para los usuarios, colaboradores o la institución	5

Tabla 6. Criterios de calificación "Riesgo"

COSTO	
CRITERIO	**CATEGORÍA**

Si falla el procedimiento es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demanda)	1
Si falla el procedimiento es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demanda)	3
No invertir en la solución, generará altos costos en cuanto a la imagen de la institución.	5

Tabla 7. Criterios de calificación "Costo"

VOLUMEN	
CRITERIO	**CATEGORÍA**
El estándar desarrolla procedimiento que ejecutan solo algunas veces al año	1
El estándar desarrolla procedimiento que ejecutan varias veces al año	3
El estándar desarrolla procedimiento que se ejecutan muchas veces al año	5

Tabla 8. Criterios de calificación "Volumen"

Al finalizar cada fase del PAMEC, aquellas oportunidades que cumplen en su totalidad la gestión de las acciones del ciclo PHVA y se alcanza la meta del indicador, quedaran efectivamente cerradas.
Cada una de las oportunidades de mejora priorizadas generará un indicador, el cual será medido por proceso responsable de ejecutar la acción, y el equipo PAMEC de Calidad, será el responsable de realizar el seguimiento.

22. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Una vez priorizadas las oportunidades de mejora se define la calidad esperada, teniendo en cuenta las fichas técnicas de los indicadores existentes y/o referenciación de metas para aquellos indicadores que son nuevos.

La meta esperada es obtener el cierre efectivo de las acciones de mejora, de las oportunidades priorizadas durante la ejecución de los planes de mejoramiento y cumplimiento de indicadores.

Calidad Esperada

1. Cierre de las acciones de mejora programada en el periodo evaluado. Meta 90%

2. Indicadores resolución 256 de 2016, con el cumplimiento de las metas descritas en las fichas técnicas institucionales.

23. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO

Para la medición del desempeño del PAMEC se debe planear un total de tres auditorías las cuales se ejecutarán así:

- **AUDITORIA DE AUTOCONTROL:** Se programarán y ejecutarán dos auditoria, de las cuales se generará un informe con los resultados evidenciados. La Auditoria se planearán así: una auditoría en la etapa de evaluación de mejoramiento y una en el cierre.
- **AUDITORIA INTERNA:** Adicionalmente se ejecutará la evaluación del desempeño con la aplicación de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud, una vez al año.

24. ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS PRIORIZADOS

Luego de tener las 30 oportunidades de mejora priorizadas, se procede a realizar el análisis de causa raíz a través de la herramienta de los 5W1H, Por cada oportunidad de mejora se debe definir en la hoja plan de mejoramiento:

- **Qué:** acción generada por el análisis de los 5 Por qué (es el último por qué busca solucionar el problema).
- **Tipo de acción:** se define si es una acción preventiva, correctiva o coyuntural.
- **Cómo:** mediante ciclo PHVA se establecen las actividades a realizar para solucionar el problema.
- **Por qué:** es el objetivo de la realización de las acciones con el cual se puede determinar el indicador. Se debe iniciar la redacción del por qué con un verbo en infinitivo.
- **Dónde:** lugar específico en el que se localiza las evidencias que soportan las actividades realizadas (ciudad, área o servicio/localización de evidencias (carpetas, listas, fotos, etc.).
- **Cuando inicia:** fecha inicial de las actividades a realizar.
- **Cuando finaliza:** fecha final en que la actividad debe estar realizada.
- **Quién:** responsable de la realización de la actividad.

Las acciones definidas en los planes de mejoramiento, deben estar construidas teniendo en cuenta el ciclo PHVA, es importante dentro de la planeación definir el tiempo de ejecución de las acciones para garantizar el cumplimiento y cierre efectivo.

25. ELABORACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LOS PROCESOS PRIORIZADOS

Luego de la realización del plan de mejoramiento de la totalidad de acciones priorizadas, se procederá a realizar el plan de acción de la siguiente forma:

Además del qué, cómo, por qué, dónde, cuándo inicia, cuando finaliza y quién, se definirá el presupuesto destinado para la actividad.

Se debe realizar en esta etapa los seguimientos mensuales que deben contener lo siguiente en la hoja plan de acción):

- Fecha del seguimiento: se debe registrar la fecha en que se realiza el seguimiento de las actividades del plan.
- Descripción de actividades realizadas: se debe detallar que actividades se llevaron a cabo para ejecutar las acciones contenidas en el ciclo PHVA.
- Estado de cumplimiento: se define la etapa en que se encuentran las actividades a realizar (cerrada, en desarrollo, sin inicio, atrasada).
- Seguimiento indicador: resultado de la medición del indicador en el trimestre.
- Problemas en el cumplimiento del plan: dificultades encontradas para el cumplimiento del 100% de las actividades propuestas.
- Presupuesto

Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procedimientos contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan mejorar las brechas detectadas, los cuales serán socializados a través de cada uno de los comités.

Las acciones definidas en los planes de mejoramiento, deben estar construidas teniendo en cuenta el ciclo PHVA, es importante dentro de la planeación definir el tiempo de ejecución de las acciones para garantizar el cumplimiento y cierre efectivo.

26. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN

El Equipo PAMEC planea y sesiona reuniones de seguimiento a la ejecución y efectividad de los planes de acción con una periodicidad mensual.

El registro y evidencia del cumplimiento a la actividad de seguimiento se realiza a través de informes ejecutivos en el que se debe anexar fotografías, formatos, e indicadores de resultados.

27. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Como elemento del seguimiento, es importante examinar si las acciones de mejoramiento son efectivas, lo cual se logra mediante la comparación de la calidad obtenida vs la calidad deseada y la medición sistemática de los indicadores propuestos. Para realizar esta evaluación es importante tener en cuenta:

- Validación del plan de acción acorde a cronograma para la verificación de la efectividad con disminución de las brechas encontradas. Se debe generar un informe con los avances del PAMEC en el período planeado, dicho informe será realizado por parte del equipo líder de PAMEC.

  De esta auditoria se pueden presentar dos situaciones:

  a. La primera, que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema
  b. La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

Esta etapa debe quedar registrada como autocontrol dentro del acta de la sesión PAMEC y dentro del acta del comité de Calidad.

- Para realizar la evaluación de la ejecución de la ruta crítica del PAMEC se aplica la **lista de chequeo PAMEC** "Medición del Desempeño", la cual se aplicará desde el área de gestión estratégica.

Acorde a la planeación definida en la medición inicial del desempeño, se ejecutarán las auditorias de autocontrol e internas de calidad programadas y se elaborarán los informes con sus respectivos soportes

28. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Una vez terminado ejecutada la ruta crítica del PAMEC, los resultados se deben tener en cuenta para incorporar las mejores prácticas demostradas en la estandarización de los procesos.

Los ajustes realizados a los procesos, deben ser divulgados a los colaboradores de la institución para que estén informados y así poder garantizar la implementación de las mejoras.

Al cierre del PAMEC, se listan los procesos priorizados y los procedimientos, instructivos y documentos estandarizados, producto del mejoramiento continuo y de la ejecución adecuada de los planes de acción.

Para el cierre y como resultado de la ejecución de la auditoria de autocontrol, se elaborará el informe que resume y consolida el desempeño del PAMEC, el cual será insumo para la evaluación desde el nivel estratégico y para el reporte de la circular 012/2016

Los ajustes realizados a los procesos, deben ser divulgados a los colaboradores de la institución para garantizar la implementación de las mejoras.

29. RESULTADOS DEL PAMEC

Para la medición del PAMEC se establece el seguimiento mediante estos indicadores:

Efectividad del PAMEC: Numero de acciones de mejora cerradas en el periodo evaluado/ total de acciones de mejora programadas en el periodo evaluado (meta 90%).

30. INFORME DE EJECUCIÓN POR FASES DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

Acorde a la ruta crítica definida para el PAMEC de la vigencia se elabora un informe con el desarrollo éxito de cada una de las etapas presentando los resultados obtenidos

31. REPORTE CIRCULAR 012 DE 2016

Se diligencia por parte del Líder de PAMEC el Archivo Tipo ST002 con corte 31 de diciembre del período de ejecución para reportarse el 28 de febrero del año siguiente, siguiendo los lineamientos definidos a continuación:

CAMPO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Código Municipio	Campo Numérico máximo 5 caracteres	Digite el código DANE (DIVIPOLA) del municipio de la sede principal donde se encuentra ubicado la entidad que suscribe el plan de mejoramiento del PAMEC
Fecha inicial	Fecha con formato dd/mm/aaaa	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento
Fecha fin	Fecha con formato dd/mm/aaaa	Fecha propuesta para terminar las acciones de mejoramiento
Acciones programadas	Campo numérico máximo 3 caracteres	Relaciones el número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivada de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC. Tomar de la sección plan de acción en el formato UPS-FT-1066 Ruta Crítica del PAMEC, la columna K, P, U o Z, el total de acciones que se encuentran definidas
Acciones ejecutadas	Campo numérico máximo 3 caracteres	Relacione el número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas. Tomar de la columna K, P, U o Z, el total de acciones que se encuentran en estado "Cerradas"
Auditorías Internas Programadas	Campo numérico máximo 3 caracteres	Relacione el número de auditorías internas al PAMEC programadas para la vigencia del PAMEC
Auditorías Internas Ejecutadas	Campo numérico máximo 3 caracteres	Relacione el número de auditorías internas ejecutadas para la evaluar la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada
Documentos soporte	Campo numérico máximo 3 caracteres	Relacione el número de documentos que evidencien la revisión del aprendizaje organizacional en el que se identifiquen las acciones que se deben estandarizar en la entidad como resultado de la ejecución del PAMEC, de conformidad con la normatividad vigente.

CAMPO	CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Procesos Estandarizados	Campo alfanumérico máximo 4000 caracteres	Liste los procesos del mapa de procesos institucional y/o los procedimientos, que fueron estandarizados como producto de la ejecución efectiva del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, separado por punto y coma.
Nombre del Líder de Calidad	Campo alfanumérico máximo 100 caracteres	Relacione el nombre del profesional encargado del desarrollo del plan de mejoramiento
Dirección Electrónica Líder de Calidad	Campo alfanumérico máximo 50 caracteres	Digite el correo electrónico del líder de calidad
Teléfono del Líder de Calidad	Campo alfanumérico máximo 11 caracteres	Digite el número telefónico del líder de calidad
Nombre responsable	Campo alfanumérico máximo 100 caracteres	Relacione el nombre del profesional encargado del desarrollo del plan de mejoramiento
Cargo responsable	Campo alfanumérico máximo 150 caracteres	Escriba el cargo del responsable de realizar seguimiento a la formulación y resultados de ejecución del plan de mejoramiento
Dirección Electrónica responsable	Campo alfanumérico máximo 100 caracteres	Digite el correo electrónico del responsable
Teléfono del responsable	Campo alfanumérico máximo 11 caracteres	Digite el número telefónico del líder de calidad

32. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la Protección Social: Decreto 1011 del 03 de abril de 2006 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.
- Ministerio de la Protección Social: pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en atención en salud 2007.
- Ministerio de la Protección Social: Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud versión 2007.
- Manual de Acreditación de Servicios de Salud Ambulatorios y Hospitalarios

33. ANEXOS

ANEXO 1

FORMATO RUTA CRITICA PAMEC 2025 — INICIO

Código: FTO-GCAL-FRCP-3
Versión: 3
Fecha: 27/09/2022

RUTA CRITICA	SOPORTES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE/ENERO 2025
Cierre de brechas del periodo anterior	Informe final cierre de brechas (acciones de mejoramiento cumplidas 2024)											
	Ajustes en lineamientos Pamec y uso de herramientas definidas para el desarrollo de estas actividades 1, Generalidades del Pamec, Lineamientos para Programar y Ejecutar la Ruta Critica 2. Reentrenamiento en la metodología y diligenciamiento de Acta. 3. Socializacion de la ruta critica PAMEC 2025	X										
Despliegue	Acta reunion Comité de Evaluacion y desempeño Elaboracioon de la ruta critica Aprobacion de Ruta Critica de PAMEC 2025, socializacion de equipo pamec y funciones de esta, explicacion de la ruta critica. Resultado final pamec	X										
Autoevaluación	Autodiagnostico	X										
	Actas de reunión Auto evaluacion estandares de acreditacion (estandares de asistenciales en cada sub red)		X X X X									
	Actas de reunión de la auto evaluacion estandares de acreditacion (estandares de asistenciales en cada sub red) estandares de direccionamiento y gerencial)		X X X									
Listado de procesos a mejorar	listado de procesos a mejorar		X									
Priorización de procesos a mejorar	**Formato de priorización**		X									
Definición de la calidad esperada	**Fichas tecnicas de indicadores** (indicador por cada estandar priorizado)		x	X								
Medición inicial del desempeño de los procesos/Calidad observada	**Actas de reunion** (Construccion de instrumentos para la medicion de los indicadores, cronograma de medicion de los indicadores, linea base del indicador)			x x	x x X							
Elaboración planes de mejoramiento	**Formato plan de mejoramiento y acta de aproobacion**				X							
Ejecución planes de acción	**Soporte de acciones de mejora** (fotos, videos acta s de reunion, documentos elebaratos, acta de asistencia, certificado)				x	x x x x x	x x x x	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X	X X X X
	Seguimiento a las acciones de mejora (formato plan de mejoramiento y tablero de indicadre=					x x x	x x x	X X X	X X X	X X X	X X X	x x
Evaluación de los planes de acción	**Actas de reunion de las auditorias internas pamec**						x	x	x	x	x	
Aprendizaje organizacional	Actas reunion comité calidad centros de atencion						x	x	X	X	X	x
	Actas reunion Comité de Calidad Central	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x