

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD- PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 1 de 33	

INTRODUCCIÓN

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en salud PAMEC es una herramienta que permite el seguimiento y medición del Sistema de Gestión de la Calidad en desarrollo del Sistema único de habilitación, Sistema Único de Acreditación y sistemas de información, ya que está articulado de manera que se maximicen de manera eficiente los recursos empleados para que se alcancen los resultados esperados, con un enfoque centrado en el usuario y el mejoramiento de los procesos institucionales y el manejo de los riesgos asociados a la atención en salud. En este programa se expresa nuestro compromiso con el cumplimiento de la misión hacia el logro de una gestión eficiente y con calidad, respeto por las normas internas y externas, oportunidad en la prestación de servicios de salud, comportamiento ético de los servidores públicos y una clara orientación hacia el cumplimiento de las políticas y objetivo de calidad institucionales en caminadas al mejoramiento de la Salud y de la Vida de los habitantes del municipio de Popayán y el Departamento del Cauca.

El documento PAMEC y sus diferentes herramientas se articulan con la filosofía del direccionamiento estratégico de la Empresa, buscando la prestación de servicios de salud con calidad, humanización, seguridad y responsabilidad social, generando una atención integral materializados en el cumplimiento de la misión, visión, valores, políticas y objetivos empresariales.

El presente Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad se fundamenta principalmente en la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, realizada por el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., para la vigencia 2025, la cual se basa en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018 y Resolución 1328 de 2021, Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud”. Por otra parte, el programa también se fundamenta en las diferentes fuentes, contenidas en el Modelo de mejoramiento continuo institucional.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, toma el **PAMEC** como parte del marco estratégico y gerencial de la empresa, integrándolo a sus acciones permanentes de auditoría y al fortalecimiento de las competencias laborales de su personal, que se traducen en el fomento de la *Cultura de la Calidad* y la identificación de la causa *raíz* de las oportunidades de mejora identificadas, lo que conduce al

	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 2 de 33	

mejoramiento continuo y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, define el presente documento como una herramienta sistemática y continua de evaluación y mejora de la calidad observada frente a la calidad esperada de la atención en salud de nuestros usuarios, con el fin de alcanzar altos estándares de calidad en pro del derecho a la salud y calidad de vida de los trabajadores, pacientes y demás grupos de interés. Este contiene todas las etapas de la auditoria para el mejoramiento de la calidad, iniciando con la autoevaluación y terminando con el aprendizaje organizacional en la Empresa, siempre articulando las oportunidades de mejora gestionadas a los diferentes procesos de la institución y fuentes de mejoramiento.

1. JUSTIFICACIÓN

Este documento tiene como fin, precisar la manera en que el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, pone en marcha e implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud, durante la vigencia del año 2025, a fin de brindar servicios integrales de salud, basados en una atención humanizada, con un enfoque en acreditación en salud, el cual se basa en lo descrito en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia, versión 3.1, enmarcado en la Resolución 5095 del 2018 y Resolución 1328 del 2021, expedido por Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Dando cumplimiento a la normatividad vigente, la cual direcciona a que las Instituciones Prestadoras de Salud opten por la búsqueda activa de la satisfacción de sus usuarios, ofreciendo servicios de salud óptimos.

Este Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad “**PAMEC**” se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica **CICLO DEMING**:(**Planear, Hacer, verificar y actuar**) para el desarrollo de la Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social, donde con Base en una Autoevaluación según el nuevo **manual de acreditación en salud hospitalario y ambulatorio de Colombia en su versión 3.1**, los estándares de Acreditación establecidos en Decreto 1043 de 2006, la Resolución 2082 de 2014, 0123 de 2012, Decreto 903 de 2014 resolución 5095 de 2018, donde mediante un diagnóstico Institucional se priorizaran los criterios más significativos con el fin de implementar acciones de tipo preventivas y correctivas que permitan el mejoramiento continuo y por ende la satisfacción del usuario.

La institución realizará acciones de **planeación**, dentro de las cuales se encuentran las acciones preventivas que son tomadas como el referente de calidad tales como:

	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 3 de 33	

procesos, políticas, modelos, programas, identificación de necesidades y expectativas de los usuarios, normas internas y externas y Guías de manejo. Las acciones del **hacer**, comprenderán la implementación de los procesos, el desarrollo de programas, y la ejecución de planes y proyectos, las cuales hacen parte de las actividades cotidianas del proceso de atención.

En el **verificar** se encontrarán las acciones de seguimiento, que son los mecanismos y estrategias de evaluación y análisis mediante los cuales se aplican los referenciales de calidad, para determinar el grado de conformidad de la institución con respecto a tales parámetros. Estas acciones incluyen las instancias en las cuales se identifican, localizan y cuantifican las brechas de desempeño y se definen las tareas a realizar para corregir las desviaciones detectadas, son el eje central de un programa de auditoría porque captan, procesan y reaccionan. En el **actuar** se encontrarán las acciones coyunturales como el diseño, aprobación y ejecución de planes de mejoramiento, y las correcciones e incentivos que la institución genera y aplica luego de los procesos de verificación.

2. MARCO NORMATIVO.

La implementación del **PAMEC**, irá de la mano de la Misión, la Visión, Política de Calidad y Operativas, los principios y Valores de la Institución, teniendo como base la siguiente normativa:

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA:** “Derecho fundamental a la vida y a la salud”.
- **En el Artículo 48:** Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, Coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y Solidaridad.
- **En el Artículo 49:** Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su Vigilancia y control.
- **LEY 100 DE 1993.** Expedido por el Congreso de Colombia, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” Es la Ley marco actual del sistema de seguridad social en el Artículo 153 numeral que determina “El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar al usuario calidad en la atención oportuna personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo a los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 4 de 33	

- **En el Artículo 188.** “Se establece que el Ministerio de Protección social defina normas de calidad y satisfacción al usuario y que las entidades de salud no podrán discriminar la atención al usuario”.
- **El Artículo 227.** Estipula que “Es facultad del gobierno Nacional expedir normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoria médica.”
- **LEY 1438 DE 2011.** Expedido por el Congreso de Colombia, "por medio de la cual se reforma el sistema general de. seguridad social en salud y se dictan otras. Disposiciones.
- **DECRETO 903 DE 2014.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Por medio del cual se ajusta el Sistema Único de Acreditación en Salud, entendido como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud.
- **DECRETO 780 DEL 2016.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, entre otros:
 - Establece las pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
 - Describe los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- **DECRETO 1499 DE 2017.** Expedido por el Departamento Administrativo de la función Pública, “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.
- **RESOLUCION 2082 DE 2014.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud”.
- **RESOLUCIÓN 256 DEL 2016.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por el cual se define el sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad de la Atención en salud”.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 5 de 33	

- **RESOLUCION 5095 de 2018.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Manual de estándares de Acreditación ambulatorios y hospitalarios versión 3.1”.
- **RESOLUCION 3100 DE 2019.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.
- **RESOLUCION 1328 DE 2021.** Expedido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, “Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”.
- **CIRCULAR 049 2006 y modificaciones.** Expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (auto evaluación de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información.
- **CIRCULAR EXTERNA 012 DE 2016.** Expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, 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 para la calidad.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 6 de 33	

3. MARCO TEÓRICO.

La calidad es un término que se relaciona con la naturaleza de las cosas. La calidad se logra establecer y controlar a medida que se controle su producción. Se define la calidad como la producción asequible de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Se concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud.

El concepto de nivel profesional óptimo debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de procesos orientados a la obtención de un resultado. Durante estos años el concepto de calidad ha ido evolucionando, hoy se tiende a involucrar a todos los individuos de la organización en la atención de sus clientes (internos y externos) y los sistemas de calidad se encaminan en la prevención de fallas, disminución de la variación de los procesos, entre otros.

Para que el modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado se debe promover institucionalmente las acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura de mejoramiento continuo y de autocontrol.

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Conjunto de procedimientos, actividades y/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.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de la salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 7 de 33	

3.1. TERMINOLOGÍA DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Los conceptos de mayor relevancia a tener en cuenta para el PAMEC, son:

- ✓ **AUTOCONTROL:** hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- ✓ **AUDITORÍA INTERNA:** Evaluación sistemática realizada por la misma institución, su propósito es contribuir a la cultura del autocontrol
- ✓ **AUDITORÍA EXTERNA:** Evaluación sistemática realizada por un ente externo a la institución.
- ✓ **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** La auditoría base de este modelo para todos los efectos se entenderá como se define en el Decreto 780 de 2016, en su artículo 1 Parágrafo 1 como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”, Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico - científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.
Se define como un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con el objeto de verificar o evaluar de manera independiente e informar el cumplimiento de los requisitos del contrato del producto o servicio.
Es una iniciativa que busca mejorar la calidad y resultado de la atención en salud, se examinan sus prácticas contra estándares preestablecidos y se modifica la práctica donde esté indicado.
- ✓ **AUDITADO:** Organización o proceso que es auditado.
- ✓ **AUDITOR:** Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.
- ✓ **ALCANCE DE LA AUDITORIA:** Extensión y límites de una auditoria. El alcance de la auditoria incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 8 de 33	

- ✓ **CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA:** Resultado de una auditoria, que se informa al auditado, tras cumplir los objetivos de la auditoria, contiene conforme al alcance de la misma todos los hallazgos detectados.
- ✓ **CRITERIOS DE AUDITORIA:** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoria se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoria
- ✓ **ESTANDAR:** Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.
- ✓ **ESTANDARIZACION:** Actividad mediante la cual se implanta un proceso controlado con sistemas de medición que permite que el proceso se repita de manera similar independientemente de las personas que lo operan, con el fin de garantizar un desempeño esperado.
- ✓ **EVIDENCIA DE LA AUDITORIA:** Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información documentada, graficada o grabada con apoyo tecnológico, que son pertinente para los criterios de auditoría y que son verificables. Está basada en muestras de la información disponible.
- ✓ **EVALUACION:** Emisión de un juicio al compararlo lo que debería ser con lo que es a través de indicadores y de estándares medidos.
- ✓ **FORTALEZA:** Característica consistente fácilmente reconocida. Superior a la norma y que genera valor de cara al usuario. Su redacción debe realizarse teniendo en cuenta la siguiente estructura: El servicio o proceso que tienen la fortaleza laCuál ha sido el enfoque y como se ha implementado la cuantificación de los resultados
- ✓ **SOPORTE DE LA FORTALEZA:** Evidencia objetiva de la fortaleza: Documento, Acta, Informe, Indicador, formatos, etc.
- ✓ **OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO:** Acción a desarrollar, redactada en forma de OBJETIVO (inicia con un verbo en infinitivo, redactada en positivo, Orientada a cumplir el enfoque, la implementación y el resultado.
- ✓ **GESTION DE LA CALIDAD:** Conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
	Página: Página 9 de 33			

situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementan los riesgos a los pacientes a través de monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

- ✓ **HALLAZGOS DE LA AUDITORIA:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoria pueden indicar tanto conformidad o no conformidad con los criterios de la auditoria como oportunidades de mejora
- ✓ **INDICADORES:** Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y compara, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.
- ✓ **INDICADOR DE CALIDAD:** Permite asegurar que los productos y servicios alcancen los estándares de calidad previamente definidos.
- ✓ **MEJORA CONTINUA:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos, parámetros o referentes.
- ✓ **MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD:** La auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de salud implica:
 - La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento 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 por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.
- ✓ **PLAN DE AUDITORIA:** Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.
- ✓ **PROCESO:** Se define como un conjunto de actividades enlazadas entre sí, que parten de una o más entradas, que una vez transformadas en bienes o servicios generan satisfacción de una necesidad.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PÓRCAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 10 de 33	

- ✓ **PROGRAMA DE AUDITORIA:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico. Un programa de auditoria incluye todas las actividades necesarias para planificar, organizar y llevar a cabo las auditorias.
- ✓ **LÍNEA BASE:** Esta es una descripción o recuento de lo que ha hecho, lo que tiene y lo que ha logrado la institución para dar cumplimiento a lo solicitado en el estándar, documentado en relación a las fases del ciclo PHVA para ubicar las acciones adelantadas.
- ✓ **PROCESO:** Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.
- ✓ **ACCIONES DE MEJORAMIENTO:** Define las acciones de mejoramiento con las cuales se pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora teniendo en cuenta que esta es una tarea puntual, muy operativa que indica el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.
- ✓ **BARRERAS DE MEJORAMIENTO:** Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Son factores que se deben prever y controlar para que el plan sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.
- ✓ **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.
- ✓ **IMPLEMENTACIÓN:** Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución
- ✓ **RESULTADOS:** Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.
- ✓ **EVENTO ADVERSO.** Resultado clínico que es adverso al esperado, no intencional y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la entidad o a condiciones propias del mismo. Puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro del estado, aumento de las estancias hospitalarias, incrementos de costos de la no calidad.
- ✓ **INDICADORES:** Cuando se habla de indicadores de gestión, se refiere a aquellos que evalúan la oferta y la Estructura, el Proceso y el Resultado o

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 11 de 33	

Producto en una entidad de salud

- ✓ **ATENCIÓN DE SALUD.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- ✓ **USUARIO EXTERNO:** Entendiéndose como la persona y familiares, que se benefician de los diferentes servicios asistenciales de salud que ofrece la institución

4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL.

4.1. Misión:

“Brindamos a la comunidad servicios de salud de mediana y alta complejidad proyectados a la excelencia, a través de procesos de mejoramiento continuo que permitan una atención digna, humana, segura, integral y diferencial, con un talento humano comprometido en satisfacer las necesidades de salud en todos los ciclos de vida, con responsabilidad social, ambiental y sostenibilidad financiera, apoyados en los procesos de docencia, investigación e innovación”.

4.2. Visión:

“Para el 2034 ser un hospital universitario líder en la prestación de servicios de salud con enfoque de cuarto nivel de atención, que mediante un modelo integral, sostenible y competitivo garantice la eficiencia, el cumplimiento de altos estándares de calidad y un servicio digno, preservando la vida y siendo referente en la región por nuestra excelencia.”.

4.3. Objetivos Institucionales

El plan de desarrollo institucional está organizado en cuatro líneas estratégicas que dan respuesta a los objetivos institucionales, consagrados en el acuerdo 002 de 2004 así:

- ✓ En Alianza por la Excelencia en Salud
- ✓ En Alianza por un Buen Gobierno y Equilibrio Financiero
- ✓ En Alianza por un Hospital Universitario

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 12 de 33	

- ✓ En Alianza por la innovación e investigación institucional



4.4. Principios.

Son los cimientos que sustentan nuestras decisiones y fortalecen nuestra misión:

- ✓ **Excelencia:** Buscamos establecer y mantener altos estándares, buscando siempre la perfección y superando las expectativas a través de la innovación, la responsabilidad ética y la orientación al cliente.
- ✓ **Integralidad:** Somos íntegros, garantizamos la coordinación y la coherencia de todas las acciones y recursos para ofrecer respuestas integradas y efectivas.
- ✓ **Oportunidad:** Tenemos la capacidad de actuar en el momento adecuado para aprovechar las circunstancias favorables y responder eficazmente a las necesidades y demandas. Somos proactivos para minimizar los riesgos.
- ✓ **Humanización:** consideramos y respetamos la dignidad, los valores y las necesidades humanas en todas las acciones y procesos. Trabajamos con empatía, compasión y comprensión, reconociendo su individualidad y su humanidad. - 153 –
- ✓ **Gestión del conocimiento:** actuamos en torno a la gestión del conocimiento efectiva valorando y fomentando el saber colectivo y asegurando que el

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 13 de 33	

conocimiento se convierta en un recurso estratégico para la toma de decisiones y la mejora continua de los procesos.

- ✓ **Transparencia:** Propendemos a la apertura, claridad y honestidad en todas las acciones, decisiones y comunicaciones como institución.
- ✓ **Calidad:** Superamos las expectativas y necesidades de los usuarios mediante la prestación de servicios con altos estándares de calidad. Trabajamos permanentemente para mejorar cada día.



PRINCIPIOS



4.5. Valores.

Los valores institucionales son la brújula que guía nuestras acciones hacia un futuro más ético y colaborativo:

- ✓ Diligencia
- ✓ Justicia
- ✓ Respeto
- ✓ Compromiso
- ✓ Liderazgo
- ✓ Honestidad
- ✓ Ética Profesional

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPUYAN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 14 de 33	



VALORES



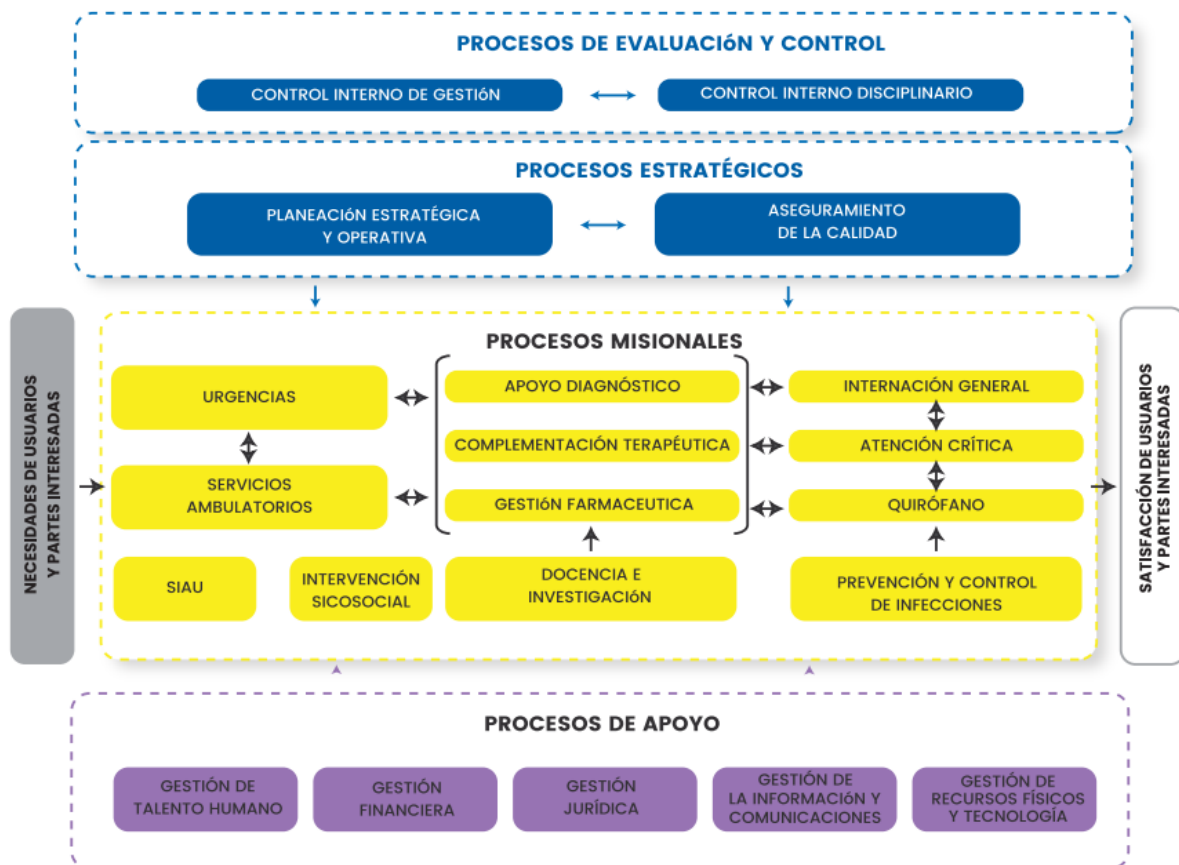
4.6. Políticas Institucionales

Para priorizar la implementación de las acciones del plan de desarrollo, se cuentan con los siguientes grupos de políticas:

- **Integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud:** La prestación de los servicios de alta complejidad y complementarios del hospital, se hace mediante la implementación del Modelo de acción integral territorial - MAITE
- **Calidad de los servicios es nuestro compromiso:** Se desarrollarán planes, programas, proyectos y estrategias encaminados a alcanzar la acreditación del hospital, teniendo como bases transversales la seguridad y humanización de los servicios, así como el mejoramiento continuo.
- **Investigación, conocimiento e innovación, la mejor inversión:** Es prioritario encaminar acciones para el desarrollo de procesos de investigación, conocimiento y la obtención de la certificación como hospital universitario; así como en la innovación para el mejoramiento de la infraestructura en salud, tecnología, información y las comunicaciones.
- **Hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y de gestión pública:** Las acciones dirigidas a la implementación y/o actualización de las políticas institucionales y del Modelo Integrado de Planeación y gestión, estarán en primer orden de ejecución frente a los distintos modelos de gerencia aplicados en las organizaciones.

4.7. Mapa de Procesos

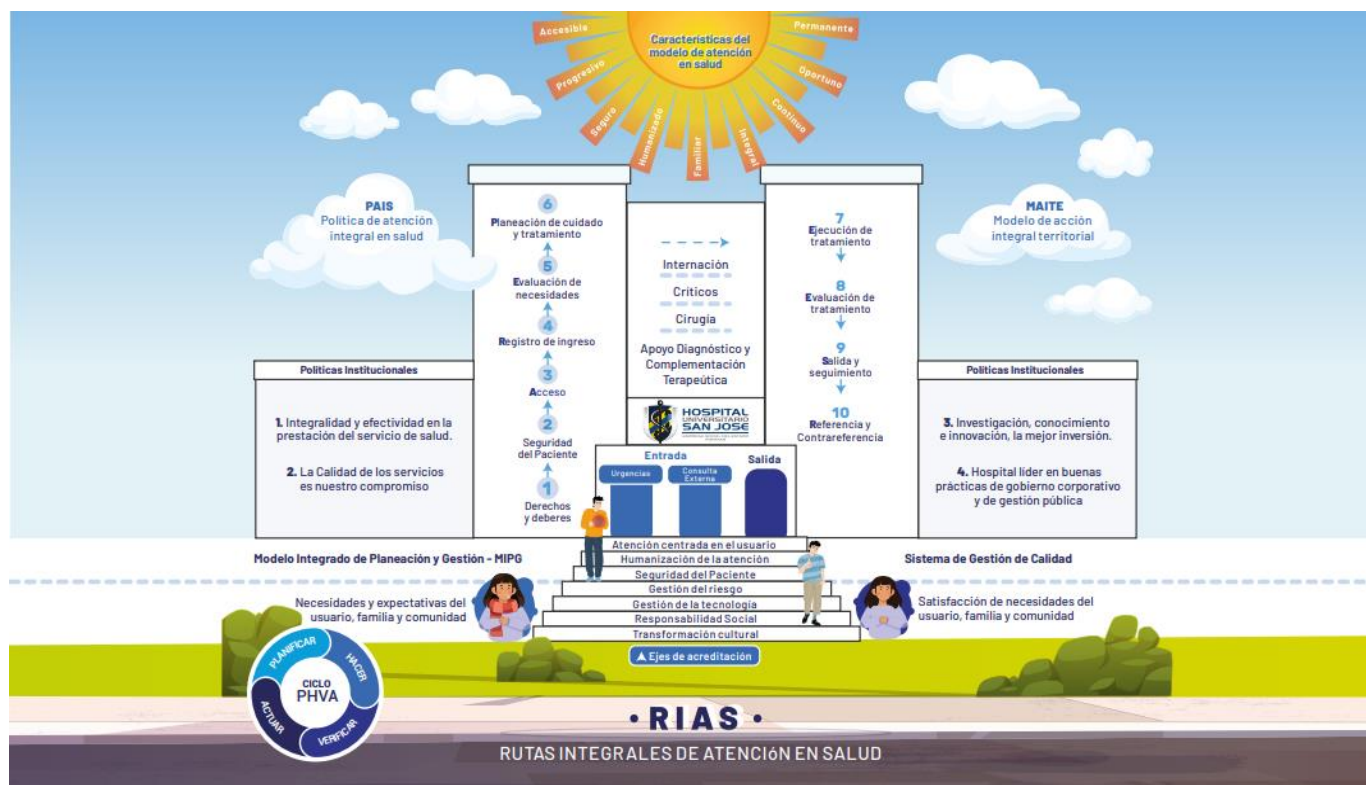
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPUYAN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 15 de 33	



Fuente: Archivo de la Oficina Asesora de Planeación.

4.8. Modelo de Prestación de Servicios:

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPUYAN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 16 de 33	



Fuente: Archivo de la Oficina Asesora de Planeación.

5. MARCO ESTRATÉGICO DEL PAMEC.

5.1. Objetivo General

Garantizar la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los estándares del Sistema Único de Acreditación SUA Resolución 5095 de 2018, modificado por la Resolución 1328 de 2021, mediante la aplicación de los pasos de la ruta crítica.

5.2. Objetivos específicos:

- ✓ Realizar un diagnóstico situacional que permita a la organización identificar sus posibles problemas de calidad. (procesos Prioritarios), según el ciclo **DEMING** (Planear, Hacer, Verificar, Actuar).
- ✓ Elaborar un análisis comparativo de la calidad observada y la calidad esperada en cada proceso desde marzo a diciembre de 2025.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD- PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 17 de 33	

- ✓ Capacitar a las personas implicadas sobre técnicas y métodos de evaluación de la calidad.
- ✓ Suscitar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y autocontrol.
- ✓ Implementar planes de mejoramiento que permitan disminuir las brechas con las metas de cumplimiento establecidas.
- ✓ Desarrollar actividades enfocadas hacia la consecución de las metas propuestas teniendo en cuenta la relación Costo –Beneficio
- ✓ Realizar un aprendizaje institucional de acuerdo a los resultados obtenidos en la implementación del plan de mejoramiento, utilizando el modelo de estandarización de procesos.

5.3. METAS

- ✓ Cultura de calidad en todos los procesos de atención de los usuarios de servicios de salud que acudan al Hospital Universitario San José de Popayán ESE
- ✓ Excelentes niveles de satisfacción de los usuarios
- ✓ Disponibilidad de un efectivo sistema de información de la calidad.
- ✓ Equipo humano responsable de la estrategia del mejoramiento continuo operando
- ✓ Capacitación permanente para los funcionarios.
- ✓ Evaluación reiterada de la satisfacción de usuarios.
- ✓ Minimización del riesgo relacionado con la prestación de servicios de salud.

5.4. ALCANCE DEL PAMEC.

El alcance está enfocado en **ACREDITACIÓN** por lo que va desde la planeación, diseño, implementación y evaluación del Plan de Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. y definirá con precisión las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos priorizados (todos los estándares de Acreditación) y los orientará hacia la detección de desviaciones de la calidad observada (Autoevaluación cualitativa) frente a la calidad esperada (lo solicitado en cada uno de los estándares), para promover la

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
	Página: Página 18 de 33			

construcción de los planes de mejoramiento efectivos que permitan cerrar ciclos y lograr la modificación de procesos en favor del usuario, permitiendo el fortalecimiento de los procesos institucionales a partir de identificación de no conformidades que se conviertan en oportunidades de mejora y lleven a alcanzar la calidad esperada en acreditación, teniendo como base los estándares superiores de calidad.

5.5. PERÍODO

El periodo de implementación del PAMEC, se dará para la Vigencia 2025(Febrero a diciembre), con un último seguimiento a realizarse en el mes de enero del año siguiente.

5.6. PRINCIPIOS DEL PAMEC.

Acorde con lo establecido en las Pautas y Guías de Auditoría del Ministerio de Salud, el PAMEC se rige por los siguientes principios:

- **Promoción del autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada servidor 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 Institución, brindando soluciones oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar.
- **Trabajo en equipo:** El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de diferentes disciplinas, con diversos niveles de formación, incluido personas de su principal grupo de valor para la constitución de los equipos responsables de evaluar para impactar el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- **Enfoque preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se puedan detectar para coadyuvar en la identificación de oportunidades de mejora para crecer en el mejoramiento continuo.
- **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.
- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 19 de 33	

5.7. COMPROMISO CON EL PAMEC 2025.

La Alta dirección se compromete con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad, su cumplimiento involucra a todos los servidores públicos de los diferentes procesos asistenciales y administrativos que comprende el Hospital Universitario San José E.S.E., de acuerdo con la responsabilidad contemplada en el Manual de Funciones, Contratos, y/o similares.

5.8. SEGUIMIENTO AL PAMEC 2025.

El seguimiento al PAMEC, estará a cargo de la Oficina de Aseguramiento de la Calidad y conforme a lo de sus competencias discrecionalmente por la oficina de Control Interno, quienes podrán realizar la verificación de las estrategias de mejoramiento de la calidad planeadas, ejecutadas y evaluadas de acuerdo con las fechas, acciones y metas establecidas para la vigencia 2025.

5.9. PRESUPUESTO DEL PAMEC.

Por ser un plan transversal para el mejoramiento de la Calidad Institucional, las estrategias, acciones de mejora que se deriven de este Plan se realizan con cargo a los recursos presupuestales disponibles para la gestión y funcionamiento del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

6. LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA EL DESARROLLO DEL PAMEC.

6.1. CICLO PHVA.

El ciclo PHVA es una herramienta adoptada por el Hospital Universitario San José de Popayán ESE que ayuda a fortalecer la relación entre la Auditoría para el Mejoramiento de la calidad y los procesos institucionales, mediante el seguimiento a resultados enfocados en la mejora continua. Por medio de este ciclo se monitorea y corrige fallos, desviaciones, mediante procesos de mejora efectivos, permanentes y continuos, mediante la planeación, identificación de acciones de mejora, verificación de resultados obtenidos, y el aprendizaje, el ciclo PHVA es el instrumento que permite medir el cumplimiento del objetivo del PAMEC.

- **Planear:** Allí se definen las metas y los métodos para alcanzarlas.
- **Hacer:** Ejecutar las tareas y recoger los datos, después de haber realizado un proceso de formación, educación y entrenamiento.
- **Verificar:** Es la evaluación de los resultados de las tareas ejecutadas, identificación de los problemas que originan el no-cumplimiento de las tareas.
- **Actuar:** Consiste en tomar medidas correctivas para lograr el cumplimiento de las metas.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 20 de 33	



6.2. RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se desarrolla mediante la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) ajustada a la Ruta Crítica que permite fundamentarse en dos pilares que son el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario.

La ruta crítica del PAMEC es el mecanismo que busca mantener y mejorar los resultados de los procesos intervenidos potenciando el mejoramiento continuo, consta de nueve pasos que involucran actividades diferentes en cada uno de ellos, así:

Acorde con lo establecido en las pautas del Ministerio de la Protección Social, el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., para la implementación del PAMEC ha definido regirse con los siguientes principios:

- **Promoción del autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiriera 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.
- **Trabajo en equipo:** El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la institución de diferentes áreas 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.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 21 de 33	

- **Enfoque preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las diferentes sedes, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- **Sencillez:** Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la E.S.E. pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

6.3. ESTÁNDARES DE CALIDAD:

Los Estándares de acreditación definen niveles óptimos en materia de calidad. Autoevaluarse frente a estándares de los distintos sistemas de calidad arroja oportunidades de mejoramiento que pueden traducir los principales problemas de calidad institucional con diferentes enfoques. Al abordarse la auditoría a los procesos involucrados se promueve de forma integral el mejoramiento continuo en general.

7. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.

El PAMEC se desarrolla mediante la directriz Gerencial y asesoría de la Oficina de Aseguramiento de la Calidad responsable de estructurar la metodología a la medida de las necesidades del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, a fin de apuntar al logro de los objetivos misionales propendiendo por la disminución del riesgo de la atención y procurando la obtención de los mejores resultados en la ejecución de los procesos que soportan su operación y la gestión de su objeto social.

7.1. CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. (RESOLUCIÓN 0470 DE 2024).

Mediante la resolución 0470 del 30 de septiembre de 2024, se modificó la resolución 0344 del 2023, 0275 de 2014, 095 de 2015, 429 de 2016 y 208 de 2022 y se reestructura la conformación de los equipos de mejoramiento de los estándares de acreditación del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
	Página: Página 22 de 33			

Lo que se logró a través de la resolución 0470 fue ajustar la conformación de los grupos de mejoramiento, especialmente los equipos primarios de mejoramiento – EPM, buscando su interdisciplinariedad para fortalecer la comunicación trasversal y la coordinación de los procesos.

Son equipos enfocados al mejoramiento continuo de la calidad, integrando de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización y los procesos de calidad en los procesos institucionales, propendiendo por que el mejoramiento institucional se transforme en cultura de calidad organizacional.



Fuente: Archivo de la Oficina Asesora de Planeación.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD- PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 23 de 33	

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN BUENA E INTEGRAL NIT: 891.500.002-5	GERENCIA	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 1 de 29

RESOLUCION No. 0470

(30 SEP 2024)

POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICAN LAS RESOLUCIONES 0344 DEL 2023, 0275 DE 2014, 095 DE 2015, 429 DE 2016 Y 208 DE 2022 Y SE REESTRUCTURA LA CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.

EL GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E., en uso de sus atribuciones legales y estatutarias establecidas en el Acuerdo N°02 de 2.004, en el Decreto N°20241000000875 y acta de posesión N°37 del 26 de Marzo de 2024, expedidos por la alcaldía Municipal de Popayán, con efectos fiscales a partir del 01 de Abril de 2024.

CONSIDERANDO

Que la Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227, dispone la creación de un sistema de gestión de calidad y de acreditación en Salud.

Que el Decreto 780 de 2016, en su capítulo 2, artículo 2.5.1.2.2, establece los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- SOGC, entre los cuales se encuentra el Sistema Único de Acreditación.

Que el Sistema Único de Acreditación, es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- SOGC, el cual busca el cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

Fuente: Resolución 0470 de 2024 - Conformación de Equipos de Mejoramiento

La formulación e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad “**PAMEC**” se documenta en la el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E; siguiendo los pasos de la ruta crítica del **CICLO DEMING**:(**Planear, Hacer, verificar y actuar**), realizándose a través del documento propuesto por el Ministerio de la Protección Social “Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”, con Base a una Autoevaluación según los

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 24 de 33	

estándares de Acreditación establecidos en la Resolución 2082 de 2014 y resolución 5095 de 5018; mediante un diagnóstico Institucional.

Para poner en marcha el programa se aplica la siguiente ruta crítica:



Ruta crítica del programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en salud (PAMEC)

8. ETAPAS RUTA CRÍTICA DEL PAMEC

8.1. AUTOEVALUACIÓN

Para el desarrollo de esta etapa de **Autoevaluación** se conformó un equipo interdisciplinario aplicando en la metodología los pasos de la ruta crítica **CICLO DEMING**:(**Planear, Hacer, verificar y actuar**), a través de las "Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud" propuestos por el Ministerio salud y de la Protección Social. Con Base a una Autoevaluación, se hace

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
	Página: Página 25 de 33			

uso de la observación, documentación y comparación entre el quehacer diario y el desempeño ideal, teniendo en cuenta los estándares del Sistema Único de Acreditación y se priorizaran las falencias más significativas basadas en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario

Teniendo en cuenta que el Hospital Universitario San José de Popayán ESE, tomó la decisión de postularse para la certificación en acreditación en la vigencia 2025, la fase inicial del proceso de acreditación empezó en el mes de Octubre de 2023, donde se intervinieron los estándares atención al cliente asistencial (1-74), direccionamiento (75-87), gerencia (88-102) gerencia del talento humano (103-118), gerencia del ambiente físico (119-129), gestión de tecnología (130-139), gerencia de la información (140-153), mejoramiento (154-158) con el fin de obtener un diagnóstico institucional, plasmado en un informe que consta de 1688 páginas, que fue remitido al ICONTEC y que es la principal fuente de mejoramiento para el año 2025, dicho proceso, permitió identificar las fortalezas, y las oportunidades de mejoramiento con sus indicadores. Para promover la retroalimentación y elaboración de planes de mejoramiento, dicho informe fue socializado y remitido a los coordinadores de cada proceso y se encuentra en medio magnético disponible para consulta.

8.2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:

Posteriormente, se realizará calificación **cuantitativa** según la escala de calificación donde se evaluaron 3 dimensiones y diez (10) variables:

- **Enfoque:** Son 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.
 - Enfoque sistémico: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar
 - 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.
 - Enfoque evaluado y mejorado: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.
- **Implementación:** Es 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 los distintos servicios o procesos de la organización.
 - Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en que el cliente del despliegue entiende y aplica el enfoque.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 26 de 33	

- **Resultado:** Son los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.
 - Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con los criterios y requisitos del estándar evaluado.
 - 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 periodo que le permita si consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, 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 de la calidad de los mismos.

Los integrantes del equipo, según las fortalezas y evidencias que se presentaron, realizaron la votación para dar la calificación de 1 al 5 de las variables de enfoque, implementación y resultado; el valor a registrar se escogió por moda (el valor que más se repite)

8.3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Dado que el Hospital Universitario San José de Popayán se encuentra actualmente en proceso de acreditación, y con ocasión de la reciente visita del ente acreditador, se identificaron y documentaron diversas oportunidades de mejora. En atención a estas observaciones, y en cumplimiento de los lineamientos establecidos, en el mes de septiembre de 2024 se construyó y radicó ante ICONTEC un plan de mejoramiento exclusivo para el proceso de acreditación, el cual se encuentra en curso de implementación.

Este plan fue estructurado con base en los estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, adoptando para su priorización los criterios de valoración definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La metodología empleada permitió evaluar cada una de las oportunidades de mejora identificadas, aplicando criterios específicos de **Riesgo**, **Costo** y **Volumen**, con el fin de determinar el orden de intervención y facilitar la asignación eficiente de recursos.

La calificación resultante de cada oportunidad de mejora ha servido como insumo clave para definir estrategias que fortalezcan los procesos institucionales, eleven la calidad de la atención en salud y contribuyan al cumplimiento de los requisitos exigidos por el ente acreditador, reafirmando así el compromiso del Hospital

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 27 de 33	

Universitario San José de Popayán con la excelencia en la prestación de servicios y la mejora continua.

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Una vez realizado el proceso de priorización, se procede a la elaboración de los respectivos planes de mejoramiento que permitirán, la obtención gradual de estándares de calidad concordantes con acreditación en todos los procesos.

Los integrantes que conforman el estándar realizan por consenso de la priorización de las oportunidades de mejoramiento según la matriz de riesgo, costo y volumen.

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menos valor y 5 el máximo valor. Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN		
RIESGO	COSTO	VOLUMEN
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario, y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.
Califique como 3 cuando la institución, el usuario, y/o los clientes internos no corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento.	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 3 si la ejecución del mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario, y/o los clientes internos no	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción del mejoramiento tendría

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO PAPAYAN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 28 de 33	

corren un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento.	las finanzas y la imagen de la institución.	una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.
--	---	---

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Por cada grupo estándar se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación mas alta es 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificación superiores a 75 puntos.

8.4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

CALIDAD ESPERADA

Hace referencia a la meta a alcanzar, a que para el caso de **PAMEC**, la meta a alcanzar es el estándar de acreditación.

Calidad observada: es la medición de la calidad durante el periodo.

Plan de acción y/o plan de mejoramiento: es la elaboración de un plan de acción detallada capaz de bloquear las causas y de solucionar el efecto no deseado o el problema.

Metodología, mecanismos o procesos (COMO) para la formulación de planes de acción y/o planes de mejoramiento debe incluir el responsable de esta actividad y la fecha de ejecución.

En el seguimiento del **PAMEC** se catalogan las actividades en 3 categorías:

- **Cumplida:** hace referencia a la acción ya finalizada que cuenta con los soportes necesarios que demuestran la realización de dicha razón.
- **En desarrollo:** hace referencia a la acción que ya se inició, pero al ser de curso continuo, aún no ha culminado; aunque se presentan diferencias que soportan su puesta en marcha.
- **Atrasada:** Es la acción que no ha culminado en el tiempo estipulado.

Evaluación de la ejecución frente a la ejecución del plan de mejora: se evalúa la ejecución de las actividades en cada reunión de los equipos de mejoramiento de

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD- PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 29 de 33	

segundo nivel y se realiza informe de seguimiento a las actividades cada tres meses.

Aprendizaje organizacional: hace relación a la toma de decisiones definitivas, retroalimentación y estandarización de mejoras de procesos, divulgación de experiencias exitosas.

La Calidad Esperada para el PAMEC 2025, basado en los estándares de acreditación será:

Cualitativa: Ejecutar las acciones de mejora producto de las oportunidades de mejora priorizadas, generando fortalezas para el aprendizaje institucional.

Cuantitativa: Ejecutar las acciones producto de las oportunidades de mejora priorizadas, mejorando continuamente en pro de alcanzar el cumplimiento del estándar de acreditación. Obteniendo en la siguiente autoevaluación, una calificación promedio igual o superior a $\geq 0,5$ de la calificación reportada en la autoevaluación de la vigencia actual.

Para la presente aplicación del PAMEC, la calidad esperada es la reflejada en Cada proceso y procedimiento, medida en términos de resultados que se esperan del mismo y de las variables críticas de calidad que inciden de manera directa en el resultado.

8.5. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS

La medición del desempeño se llevará a cabo en los siguientes niveles de auditoría:

Autocontrol: En las reuniones de equipos de mejoramiento se socializa el PAMEC con el fin de dar a conocer acciones que llevará a cabo cada líder sobre procedimientos a su cargo, con el fin que sean realizados de acuerdo con la periodicidad establecida.

Auditoría: Se realiza monitorización de manera periódica con el fin de evaluar de manera sistemática y permanente el cumplimiento de las actividades, esta actividad se realiza desde el subproceso de aseguramiento de la calidad; por lo tanto, se planea realizar tres (3) auditorías internas para evidenciar los avances logrados en su implementación. Se informa a los equipos de mejoramiento las actividades atrasadas con el fin de alcanzar un cumplimiento óptimo al finalizar el año.

8.6. PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS

El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, cuenta con un procedimiento documentado para la gestión de la mejora.

	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 30 de 33	

Se realizan planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad.

A cada oportunidad de mejoramiento se le definieron las acciones pertinentes utilizando el ciclo de mejoramiento PHVA, donde las acciones se describen en Planear, Hacer, Verificar y Actuar.

Cada grupo de estándares se incluirá en el formato plan Único de mejoramiento

8.7. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA

La ejecución de los planes de mejora estará a cargo de los líderes de procesos o funcionarios con responsabilidades específicas asignadas. La actividad de seguimiento se encuentra asignada al Referente de Mejoramiento de la oficina de Aseguramiento de la Calidad, de acuerdo al procedimiento de gestión de mejora PCD- 053; mediante la verificación documental o auditoria específica. El alcance del seguimiento incluye no solo en el cumplimiento de las acciones formuladas sino también, el impacto por las acciones ejecutadas.

Los equipos de mejoramiento son los encargados de operativizar las acciones estipuladas y condensadas en el PAMEC. El mejoramiento de la calidad, se cierra cuando la auditoría interna hace seguimiento a la implementación de las mejoras.

El Referente de mejoramiento, por medio de su formato de seguimiento a las acciones, recoge las evidencias de las actividades estipuladas en el PAMEC.

8.7.1. Evaluación del mejoramiento

Una vez se han ejecutado las actividades en el PAMEC y se registra el seguimiento a las actividades propuestas, se conoce si el plan de mejora fue efectivo; dado que los datos de monitorización permiten conocer si la brecha entre calidad observada y esperada ha disminuido, con el fin de promover el aprendizaje organizacional e iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento.

8.8. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Se han considerado las siguientes estrategias: Retroalimentación de los resultados, estandarización y ajuste de procesos, divulgación de experiencias exitosas y capacitación.

La institución planea desarrollar mecanismos de retroalimentación de los resultados para generar el aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en la ejecución del PAMEC.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 31 de 33	

La retroalimentación se realizará a través de las reuniones de PAMEC por grupo de estándares cada dos meses donde el ajuste de procesos y la estandarización se llevan hasta los niveles operativos para su divulgación, conocimiento y apropiación.

- Anualmente se realizará en el comité de Calidad el análisis de la ejecución del PAMEC de acuerdo al período evaluado, con el fin de identificar las acciones que debe estandarizarse en la institución.
- Para este fin se presentará un informe por el área de calidad a los integrantes del Comité de Calidad con los siguientes aspectos:
- Informe del cierre del PAMEC con resultados del mismo con respecto a la proporción de actividades planeadas y ejecutadas.
- Informe de las acciones que han generado impacto en el mejoramiento y que requieren ser documentadas o que requieren un plan de intervención por la alta gerencia para implementarlos.
- A partir del análisis de estas actividades se desarrollarán planes de acción o compromisos para la implementación de la estandarización de los procesos.
- Se realizará a través del área de comunicaciones de la institución la socialización de aspectos relevantes con la estandarización de procesos que se requiera sean conocidos por todo el personal.

CONTROL DE REGISTROS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		Anexo al procedimiento OPL-PD04			OPL-PD04-FOCR01
FORMATO DE CONTROL DE REGISTROS					
			Tiempo de retención		
Nombre registro	Código	Recuperación	Almacenamiento	Conservación	Disposición
Formato Matriz de Autoevaluación	ACA-PD52-FO01	Personal / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 32 de 33	

Formato Matriz Cronograma	ACA-PD52-FO02	Personal / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad
Formato Plan de Acción Institucional	ACA-PD52-FOPU01	Personal / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad
Formato de seguimiento a planes de acción	ACA-PD52-FOPU02	Personal / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad	Según TDR / Calidad

TABLA DE CONTROL DE CAMBIOS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		Anexo al procedimiento OPL-PD04 FORMATO DE CONTROL DE CAMBIOS		OPL-PD04-FOCC01
Código	Versión	Fecha	Descripción del Documento	
ACA-PRG-02	1	Junio 2024	Creación de Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad Vigencia 2024	
ACA-PRG-02	2	Marzo de 2025	Actualización del Documento por cambio de vigencia	

ANEXOS

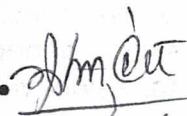
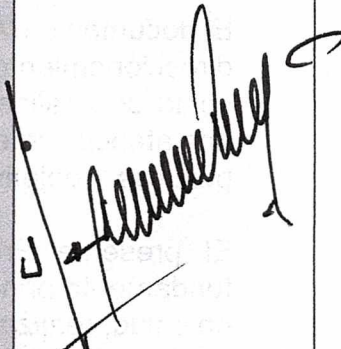
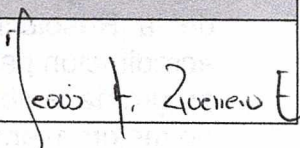
Formato Matriz de Autoevaluación y Priorización de estándares de acreditación – ACA-PD52-FO01

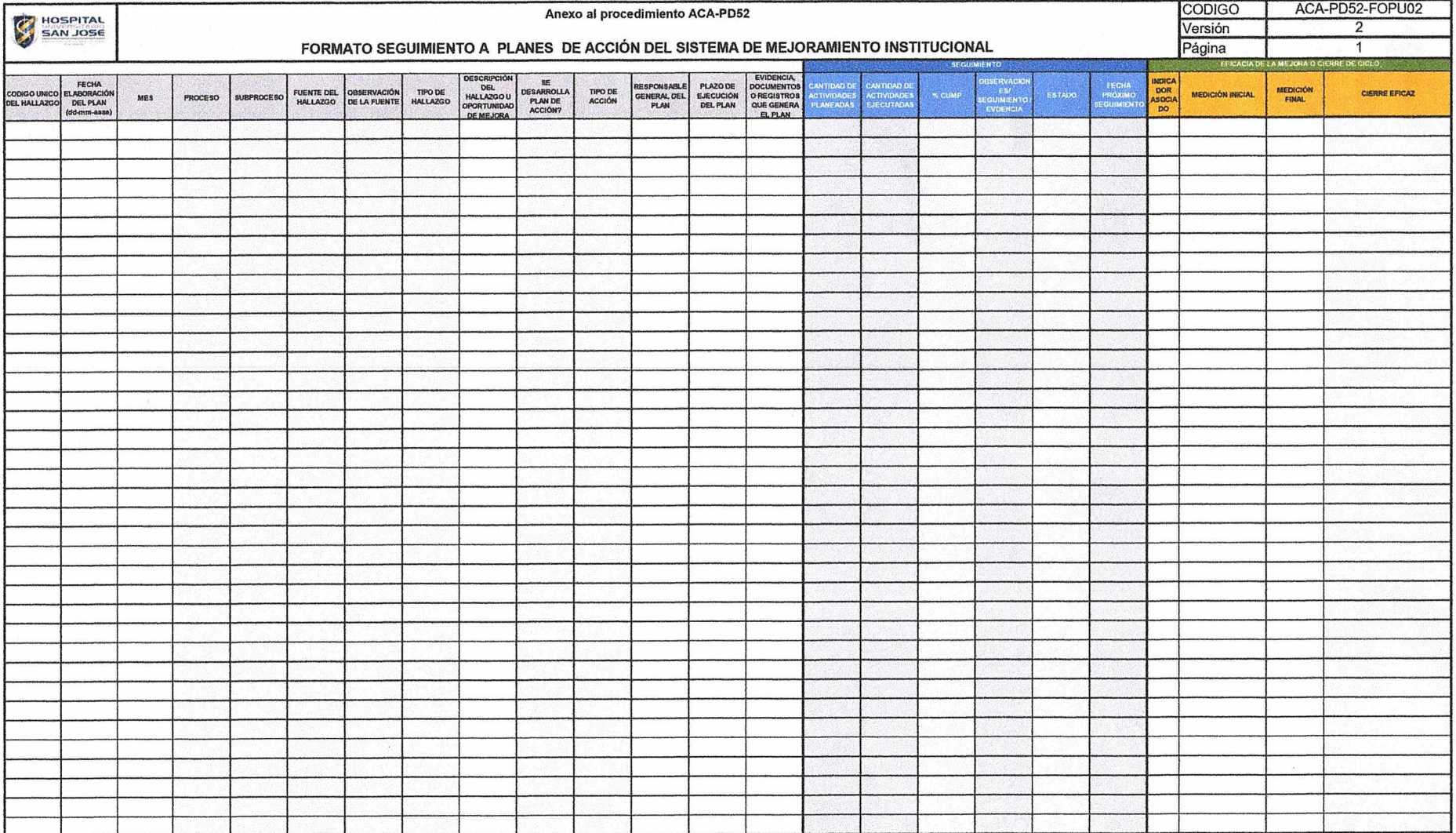
Formato cronograma ruta crítica PAMEC 2025 - ACA-PD52-FO02

Formato Plan de Acción Sistema de Mejoramiento Institucional - ACA-PD52-FOPU01 -

Formato de seguimiento a planes de acción del Sistema de Mejoramiento Institucional - ACA-PD52-FOPU01

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ MINISTERIO SOCIAL DEL ESTADO POBIVIAN	Proceso:	ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	Código:	ACA-PRG-02
	Nombre del documento:	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-2025	Versión:	02
			Página: Página 33 de 33	

Elaboró	Erika Johanna Correa Pizo	Revisó	Marta Lucía Castillo Ossa	Aprobó	Juan Carlos Arteaga Cifuentes
Cargo	Coordinador de Aseguramiento de la calidad. Afiliado Participe Assesalud.OC	Cargo	Subgerente científica Gr-1	Cargo	Gerente HUSJ
Firma		Firma		Firma	
Fecha	07 MAR 2025	Fecha	07 MAR 2025	Fecha	07 MAR 2025
GESTIÓN DOCUMENTAL					
Nombre:	Jesús Hernán Guerrero Erazo	Cargo:	Auxiliar Administrativo Gr-3	Firma:	





Anexo al procedimiento ACA-PD52

Código ACA-PD52-FOPU01

Versión 2

Página 1 - 1

FORMATO PLAN DE ACCIÓN SISTEMA DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

FECHA:		PROCESO		CONSECUTIVO N°	
TIPO DE ACCIÓN	Acción Correctiva ☐ Acción Preventiva ☐ Acción de Mejora ☐				
Para una acción correctiva se debe realizar la corrección inmediata, análisis de causas y plan de acción, una acción preventiva requiere el análisis de causas y el plan de acción y una acción de mejora solo requiere plan de acción					
FUENTE			OBSERVADOR DE LA FUENTE		
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO U OPORTUNIDAD DE MEJORA					
REQUISITO QUE INCUMPLE					
CORRECCIÓN INMEDIATA					
ANÁLISIS DE CAUSAS					
FACTOR	PREGUNTA INICIAL	¿POR QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿POR QUÉ?	¿POR QUÉ?
PLAN DE ACCIÓN					SEGUIMIENTO
QUÉ	CÓMO	CUÁNDO	QUIÉN	EVIDENCIA ESPERADA	FECHA
OBSERVACIONES PLAN DE ACCIÓN				RESPONSABLE SEGUIMIENTO	
REPORTE Y APROBACIÓN DEL PLAN					
REPORTADO	SI ☐ NO ☐	FECHA		NOMBRE RESPONSABLE DE ENTREGA	
APROBADO	SI ☐ NO ☐	FECHA		PROFESIONAL MEJORAMIENTO	

		Anexo al programa ACA-PGR-02			código: ACA-PGR-02-F001
		Versión: 01			
		Página 1 - 9			
FORMATO DE ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN					
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 mejora y evalúa 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
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 mas 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
IMPLEMENTACIÓN					
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 naturaleza y propósito del estándar	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 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
RESULTADOS					
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan con 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 de 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 institución se encuentra en una etapa muy temprana de medición	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de los procesos. La institución 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 reciente de medición	Existen procesos de medición sistemáticos 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
RESULTADOS					
Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejora general a lo largo del tiempo	El estado 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 en algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar	Se encuentran 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.
CGPIA NO CONTROLADA CONTROL DOCUMENTAL OFICINA PLANEACION					



Anexo al programa ACA-PGR-02

FORMATO DE CRONOGRAMA RUTA CRITICA PAMEC 2025

Código:	ACA-PGR-02-002
Versión:	01
Fecha:	Marzo 2025

RUTA CRITICA	SOPORTES	ENERO DE 2025	FEBRERO DE 2025	MARZO DE 2025	ABRIL DE 2025	MAYO DE 2025	JUNIO DE 2025	JULIO DE 2025	AGOSTO DE 2025	SEPTIEMBRE DE 2025	OCTUBRE DE 2025	NOVIEMBRE DE 2025	DICIEMBRE DE 2025	ENERO DE 2026
Cierre de brechas del periodo anterior	Informe final sobre el avance y el estado de cumplimiento curso 2024 Acta reunión Comité de Seguimiento y Evaluación PAMEC Documento PAMEC y Ruta Crítica PAMEC 2025													
Planificación y Definición del PAMEC	Documento PAMEC y Ruta Crítica PAMEC 2025													
Definición del Equipo de Trabajo	Documento PAMEC y Ruta Crítica PAMEC 2025													
Capacitación sobre Generalidades de PAMEC y Metodologías a implementar	Acuerdos en el marco del PAMEC y uso de herramientas digitales para el desarrollo de estas actividades 1. Generalidades del PAMEC: Lineamientos para Programar y Ejecutar la Ruta Crítica 2. Reentrenamiento en la metodología y el uso de Acta 3. Socialización de la ruta crítica PAMEC 2025 Actas de Capacitaciones por grupo de Estudiantes													
Autoevaluación Resolución 8094 de 2018 y Resolución 1228 de 2021	Autoevaluación Actas de reunión Autoevaluación de Unidades de acreditación Formulario Criterios de Autoevaluación													
Listado de procesos a mejorar	Listado de procesos a mejorar													
Planificación de acciones a mejorar	Formulario de planificación													
Definición de la calidad esperada	Formulario de planificación													
Medición inicial del desempeño de los servicios/actividades	Actas de reunión / Construcción de instrumentos para la medición de los indicadores, considerando el rol de los indicadores, lista base del año anterior													
Elaboración planes de mejoramiento	Formulario plan de mejoramiento y acta de reunión													
Ejecución planes de acción	Reporte de acciones de mejora (fotos, videos, actas de reunión, documentos evidentes, actas de seguimiento, etc.) Seguimiento a las acciones de mejora - Acta de seguimiento													
Evaluación de los planes de acción	Actas de reunión de los auditores internos PAMEC por cada proceso Reporte seguimiento acciones de mejora Actas reuniones comité calidad													
Aprendizaje organizacional	Acta Reunión Equipo de Mejoramiento Institucional EMI													

COPIA NO CONTROLADA
CONTROL DOCUMENTAL
OFICINA PLANEACION