

**REALIZACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN PARA ELABORACIÓN DEL PAMEC EN  
UAES DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1328 DE  
2021**

**ANDREA BELEN SIBAJA PACHECO**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MUNICIPIO, CÓRDOBA  
2022-2**

**REALIZACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN PARA ELABORACIÓN DEL PAMEC EN  
UAES DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1328 DE  
2021**

**ANDREA BELEN SIBAJA PACHECO**

**Trabajo de grado práctica empresarial para optar el título de Administradora en  
Salud**

**Director: EDUIN ENRIQUE ROJAS GONZALEZ  
Administrador en servicios de salud Esp. Msc**



"VIGILADA MINEDUCACIÓN"



Res. MEN 2561 de 22 de mayo de 2016, vigencia: 4 años

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
MONTERÍA, CÓRDOBA  
2022-2**

**NOTA DE ACEPTACIÓN:**

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Montería, 19 de diciembre de 2022

## **DEDICATORIA.**

A Dios por permite llegar a este punto siendo mi guía.

A mis padres y hermano por su amor, dedicación, su apoyo incondicional.

A mi pareja por creer en mí y mis capacidades.

A mis perritas por su compañía, por su amor puro y sincero

## **AGRADECIMIENTOS.**

Primeramente gracias a Dios por su infinito amor y bendiciones por permitirme culminar esta meta, a mis padres Luz Pacheco y Oscar Sibaja, por su amor, su guía y el esforzarse para que yo me formara como profesional, a mi pareja Jose Flórez por su apoyo, por creer y hacerme confiar en mis capacidades, a mi familia en general por su apoyo, por sus palabras de aliento para no rendirme, a mis perritas Luna y Estrella, por su amor y compañía en los trasnochos de hacer trabajos, a mis docentes que me ayudaron a formarme como profesional en especial el profesor Eduin quien fue mi tutor y guía durante esta práctica, a la universidad de Córdoba por abrirme sus puertas.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	10
1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN.....	11
2 ASPECTOS CORPORATIVOS.....	12
2.1 MISIÓN.....	12
2.2 VISIÓN.....	12
2.3 PRINCIPIOS MISIONALES.....	12
3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA Y UNIDAD FUNCIONAL.....	14
4 MARCO REFERENCIAL.....	15
4.1 MARCO TEÓRICO.....	15
4.2 MARCO LEGAL.....	16
4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	18
5 OBJETIVOS.....	20
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
6 METODOLOGÍA.....	21
7 DOFA.....	22
8 RESULTADOS OBTENIDOS.....	24
8.1 AUTOEVALUACIÓN.....	24
9 CONCLUSIONES.....	30

<b>10</b>	<b>RECOMENDACIONES. ....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>32</b>

## **RESUMEN.**

Se realizó la autoevaluación para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en la Unidad Administrativa Especial de Salud (UAES), con fines de actualización según la resolución 1328 de 2021, trabajo realizado con el acompañamiento del comité de calidad, lo anterior con el objetivo de la mejora de la cultura organizacional enfocada en la seguridad del usuario, minimizando los riesgos que puedan ocurrir y que afecten la calidad de los servicios prestados en salud y la calidad de la atención.

La metodología utilizada para llevar a cabo esta intervención fue a través de reuniones realizada con el comité de calidad; tomando como guía documentos instructivos como la resolución 1328 de 2021 y documentación relacionada, que permite evaluar los estándares señalados en la misma, verificando el cumplimiento de estos en los últimos doce meses con la respectiva evaluación; se obtuvo como resultado la autoevaluación, que se tomará en consideración para el diseño de planes de mejora que contribuya en los procesos que se desarrollan con mira a la calidad esperada por los usuarios que conforman la UAES.

**Palabras clave:** Autoevaluación, calidad, cultura organizacional, estándar, PAMEC, planes de mejora, seguridad del usuario, usuario, verificación.

## **ABSTRACT.**

The self-assessment for the Audit Program for the Improvement of the Quality of Health Care (PAMEC) was carried out in the Special Administrative Unit of Health (UAES), for the purpose of updating according to resolution 1328 of 2021, work carried out with the accompaniment of the quality committee, the foregoing with the aim of improving the organizational culture focused on user safety, minimizing the risks that may occur and affect the quality of health services provided and the quality of care.

The methodology used to carry out this intervention was through meetings held with the quality committee; taking as a guide instructive documents such as resolution 1328 of 2021 and related documentation, which allows evaluating the standards indicated therein, verifying compliance with these in the last twelve months with the respective evaluation; The self-assessment was obtained as a result, which will be taken into consideration for the design of improvement plans that contributes to the processes that are developed with a view to the quality expected by the users that make up the UAES.

**Key** words: Self-assessment, quality, organizational culture, standard, PAMEC, improvement plans, user safety, user, verification.

## **INTRODUCCIÓN.**

La UAES es una entidad que fue creada mediante el Acuerdo 018 del 6 de agosto del 2001, emanado del Consejo Superior de la Universidad de Córdoba, se incorporó a la mencionada universidad al Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud definido en la Ley 647 del 26 de febrero de 2001 (UNICOR, 2004)

La autoevaluación se realiza con el fin de mejorar los niveles de seguridad y calidad de la atención en salud, con el objetivo de disminuir la generación de eventos adversos e incrementar la satisfacción de los clientes y los resultados financieros, esta se aplica para la elaboración del PAMEC y tiene como propósito establecer un diagnóstico para identificar los problemas o fallas de calidad que afectan al usuario y la atención de este en los diferentes procesos que se llevan a cabo en la UAES, identificando fortalezas y oportunidades de mejora.

Por lo mencionado, la UAES siendo una entidad del régimen especial ubicada en la Universidad de Córdoba, ejecutará la autoevaluación para la aplicación y control de calidad de la resolución 1328 de 2021, esto impulsado por la seguridad del usuario, mediante métodos para determinar, evaluar y crear un plan de mejora.

La mejora continua de la calidad del servicio es autodisciplinada para priorizar las necesidades de los usuarios y detectar constantemente las falencias que se presentan dentro de la institución para que se desarrollen estrategias para el mejorar los servicios prestados (Salinas, 2021).

La autoevaluación es la primera etapa del PAMEC, este incluye otras etapas que se desarrollan en un tiempo determinado, en esta práctica empresarial se enfocó en la primera con base en los objetivos definidos por la resolución 1328 de 2021 que tiene por objeto adoptar el "Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1" y los "Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad".

## **1 RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN.**

La UAES es una entidad que fue creada mediante el Acuerdo 018 del 6 de agosto del 2001, emanado del Consejo Superior de la Universidad de Córdoba, se incorporó a la mencionada universidad al Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud definido en la Ley 647 del 26 de febrero de 2001

Es una dependencia adscrita a la rectoría de la Universidad de Córdoba, la cual presta servicios de seguridad social integrados a salud, en sus niveles de atención, con una red de prestadores de servicios, recursos tecnológicos humanos representados por profesionales altamente calificados, garantizando el mejoramiento continuo de la calidad de vida de los usuarios, por medio de una atención accesible oportuna segura, pertinente y continua que tiene como objeto la afiliación, y el registro de los afiliados, el recaudo de sus cotizaciones, el manejo eficiente de los recursos para la administración de su propio sistema de seguridad social en salud y el Plan Especial de Beneficios en Salud (PEBS).

Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Especial de Beneficios en Salud (PEBS), dentro de los términos establecidos por la Ley. El objetivo general será la atención integral en salud a todas aquellas personas que se definan en el reglamento de afiliaciones y prestación de servicios como usuarios, acorde a lo establecido en los literales c) y d) del artículo 2 de la Ley 647 de 2001.

## 2 ASPECTOS CORPORATIVOS.

### 2.1 MISIÓN

La UAES es una dependencia especializada de la Universidad de Córdoba, con un talento humano idóneo y calificado para garantizar a sus afiliados la prestación oportuna y eficiente de los servicios en salud, comprometida con una red de servicios de alta calidad y tecnología para contribuir a un mejor desarrollo de la calidad de vida.

### 2.2 VISIÓN

Ser para el año 2025 una institución reconocida como modelo de atención integral, segura, humanizada y con calidad en la prestación de nuestros servicios, con enfoque en la gestión del riesgo y promoción del bienestar de la comunidad.

### 2.3 PRINCIPIOS MISIONALES

- **Integralidad:** Ofrecerá protección integral a las familias mediante el Plan Especial de Beneficios en Salud (PEBS) de la Universidad de Córdoba, en las fases de promoción, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las Enfermedades, según los niveles de atención y complejidad definidos en la Ley.
- **Calidad:** Brindará a los usuarios la garantía de un control de calidad para que los servicios de salud se presten en forma oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, según los parámetros aceptados en los procedimientos y en la práctica profesional.
- **Solidaridad:** Tendrá la práctica de la ayuda mutua entre personas de diferente condición social, salarial y grupo etario, según el principio del más fuerte hacia el más débil, en el ámbito de la Universidad de Córdoba y del Sistema Universitario de Seguridad Social.

- **Participación:** Promoverá la participación de sus usuarios en la organización y fiscalización del Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud.
- **Eficiencia:** Buscará la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios que brinde la UNIDAD sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **Libertad de escogencia:** La población afiliada al Sistema Universitario de Seguridad Social en Salud, previo el cumplimiento de los requisitos, podrá decidir sobre su permanencia en el, o su traslado al sistema general de seguridad social en salud, asimismo, podrá hacer libre escogencia de la Red de Profesionales e Instituciones que se le ofrece, de conformidad con las condiciones de tecnologías y contratación establecidas.
- **Universalidad:** Tendrá garantía de la protección para todos los usuarios, en todas las etapas de la vida.
- **Equidad:** Proveerá gradualmente los servicios de salud a todos los usuarios de la Unidad Administrativa de Salud
- **Autonomía:** La Unidad Administrativa Especial de Salud, a través de la Universidad de Córdoba tendrá direccionamiento como dependencia especializada adscrita a la Rectoría del ente educativo y hasta que la máxima Dirección, apruebe autonomía independiente administrativa y presupuestal.

La Unidad Administrativa Especial de Salud es una entidad de primer nivel de complejidad, ésta presta servicios de laboratorio, médico internista, medicina general, odontología.

### **3 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA Y UNIDAD FUNCIONAL.**

El área gestión de la calidad está a cargo del coordinador de Calidad, adicionalmente esta área es la responsable de aplicar la norma ISO 9001. Cuenta con dos practicantes, que apoyan en las actividades y tareas del área, verifica que los objetivos de la empresa que se han planteado en las etapas previas se cumplan dentro de los plazos previstos y con los recursos que han sido asignados.

Algunas de las funciones del departamento de calidad son

- Cultura de calidad
- Implementación de los sistemas de gestión de calidad
- Las funciones del departamento de calidad en empresas medianas que tienen de 100 a 1000 empleados están encaminadas a controlar mucho más la producción y acciones en cada una de las áreas.
- Evaluación de los riesgos
- Sistematización de toda la información
- Hacer auditorías internas al sistema

## **4 MARCO REFERENCIAL.**

La autoevaluación del PAMEC permite realizar un diagnóstico e identificación en cuanto a la calidad de los servicios brindados, priorizar procesos, formular y llevar a cabo planes de mejora según la resolución 1328 de 2021.

### **4.1 MARCO TEÓRICO**

Algunos de los autores citados presentan teorías con diferentes perspectivas sobre la calidad, sin embargo, el diseño y desarrollo de PAMEC debe guiarse por la teoría de Philip B. Crosby, por su teoría muy relacionada con el objetivo principal del trabajo.

Cuando se trata de promover la creación de una 'vacuna' de alta calidad para evitar inconsistencias en los tres componentes de esa vacuna, como definición, educación e implementación para mejorar la mejora de la calidad, debe ser un proceso equilibrado y continuo.

Para Crosby, la calidad es el cumplimiento de los requisitos, medido por el precio del incumplimiento. Esto significa que el uso de este enfoque da como resultado el logro del objetivo de rendimiento de estar "cero defectos".

Crosby equipara la gestión de la calidad con la prevención. Por lo tanto, no hay lugar para la inspección, prueba, monitoreo y otros métodos no preventivos en este proceso.

La mejora de la calidad es un proceso, no un programa; debe ser estable y duradero. En otras palabras, no se requiere evaluar la calidad de un proveedor a menos que el proveedor sea completamente incompetente. No es posible determinar si el sistema de calidad de un proveedor proporciona la calidad requerida simplemente examinando su plan (Crosby, 2019).

Otro comentario importante es el relacionado con el hecho que todos los gerentes se esfuerzan por que su empresa mejore continuamente los productos, brinde servicios o procesos, este es un denominador común que se aplica a todos los que dirigen la empresa.

La mejora continua se traduce en menores costos, mayor capacidad de respuesta en los tiempos de entrega, mayor calidad de servicio, aumento de las ventas. Pero, ¿por qué sucede esto en tan pocas empresas y por qué la gran mayoría de ellas no logran lograr una mejora continua real? La respuesta está en Kaizen

Se cita la teoría KAIZEN porque permite enfocarse muy claramente en lo que es la mejora continua, apoyado en los resultados positivos que están utilizando otras empresas (Arteaga, 2020).

## **4.2 MARCO LEGAL**

Un aspecto importante de la gestión de la organización es el aseguramiento de la calidad, ya que requiere el establecimiento de métodos equilibrados, controlados y evaluados que tiendan a situar la mejora continua en el sector salud. Para garantizar la calidad adecuada de los servicios, la **Ley 100 de 1993** establece en su artículo primero: “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que lo afectan” proponiendo establecer un sistema obligatorio de aseguramiento de la calidad para aumentar la eficiencia, promover la productividad y reducir los costos, lo que contribuye al aumento de la calidad del servicio y la demanda de usuarios satisfechos.

Al analizar la prestación de servicios de salud a nivel nacional, el gobierno nacional reconoce la necesidad de expedir el **Decreto 780 de 2016**, “Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” sintetizando las disposiciones

pertinentes del Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS.

Lo anterior se enfoca en lograr mejores resultados en la calidad de los servicios de salud, esta vez a través de servicios oportunos, seguros, pertinentes, confiables, continuos, mecanismos oportunos disponibles no sólo para el usuario, sino también para su familia; habilitar a los usuarios para incorporarse al sistema general de seguridad social con sistema de pago y apoyo en salud, transferencia y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que proporciona los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

En relación con lo anterior, cabe señalar que SOGCS consta de cuatro componentes. Entre los que se encuentran el Sistema Único de Habilitación (SUH) mediante la **Resolución 3100 de 2019** "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" el cual es un conjunto de normas, requisitos y procedimientos para registrar, controlar y verificar las condiciones básicas de idoneidad técnica y científica, de igualdad e idoneidad económica y de idoneidad técnico administrativa, que son obligatorias para que los prestadores de salud ingresen y permanezcan en el sistema.

El siguiente componente sería PAMEC, que es un mecanismo sistemático y continuo para evaluar y mejorar la calidad percibida en relación con la calidad esperada de la atención en salud brindada por los usuarios.

El propósito de la autoevaluación para la elaboración del PAMEC es contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud de forma coherente con la búsqueda del mayor beneficio para el usuario mediante el desarrollo de procesos clave como la evaluación y seguimiento de procesos prioritarios.

Otro componente es el Sistema Único de Acreditación (SUA), que es un conjunto de procesos, procedimientos y herramientas que las entidades implementan de manera

voluntaria y periódica para monitorear el cumplimiento progresivo de los niveles superiores de calidad, la atención de la salud bajo la dirección del estado y bajo el control, vigilancia y control del Ministerio de Salud.

Y finalmente, el último componente es el sistema de información para la calidad, principalmente con el fin de controlar y evaluar la calidad de los servicios de salud en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención al usuario y el segundo es proporcionar información a los usuarios para que ellos libremente tengan la oportunidad de elegir el servicios de calidad y puedan tomar decisiones razonables cuando usen los derechos proporcionados por el sistema general de seguridad social para la atención médica o al menos proporcionar información a la calidad.

### **4.3 MARCO CONCEPTUAL**

**Auditoría del sistema de gestión de la calidad.** Se utiliza para determinar en qué medida se cumplen los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Los resultados de la auditoría ayudan a evaluar e identificar la eficacia del sistema de gestión de la calidad (ISO 9001, 2021).

**Autoevaluación.** Es una revisión completa y sistemática de las actividades y resultados de la organización en relación con su sistema de gestión de la calidad o modelo de excelencia (Gardey, 2021).

**Eficiencia.** La capacidad de lograr un efecto esperado o deseado después de realizar una acción (Mokate, 2001).

**Liderazgo.** Una persona que establece unidad de propósito y dirección para una organización. Crear y mantener un entorno interno en el que los empleados puedan participar plenamente en el logro de los objetivos de la organización (excelencia, 2015).

**Mejora continua.** Se trata de aumentar la probabilidad de mejorar la satisfacción del usuario y otras partes interesadas (G., 2005).

**PAMEC.** Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, es un sistema riguroso que tiene como objetivo mejorar la atención al usuario a través de la autoevaluación y el monitoreo constante de la calidad observada respecto de la calidad esperada (Daruma, 2018).

**Política de calidad.** Las intenciones generales y la dirección de la organización con respecto a la calidad, expresadas formalmente por la alta dirección (CUEDO, 2018)

**Producto.** Resultado de un proceso (Thompson, 2009).

**Revisión del sistema de gestión de calidad.** Esta es una revisión sistemática que la alta dirección debe realizar periódicamente (9001 I. W., 2015).

**Satisfacción del usuario.** Percepción de los clientes sobre qué tan bien se cumplen sus expectativas respecto al servicio prestado (Calva González, 2009).

## **5 OBJETIVOS.**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar la autoevaluación con el fin de actualizar el PAMEC según la resolución 1328 de 2021 en la UAES de la Universidad de Córdoba.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la objetividad del proceso de autoevaluación, como primer paso de la ruta crítica del PAMEC.
- Identificar la calidad en la prestación de los servicios brindados a los usuarios de la UAES llevando a cabo el cumplimiento de los estándares planteados

## **6 METODOLOGÍA.**

La metodología utilizada es de intervención, la cual tiene como punto de partida, la realización diagnóstica en compañía del comité de calidad para la identificación y evaluación de los principales problemas de calidad de la UAES, tomando como guía documentos instructivos como lo fue la resolución 1328 de 2021 y documentación relacionada a esta.

Para cumplir el objetivo de este trabajo se realizó un diagnóstico el cual consistía en la realización de una matriz DOFA la cual fue aplicada en el área de calidad

La autoevaluación es el primer paso del PAMEC, a partir del cual se identifican procesos que necesitan ser mejorados, para esto se aplicó un método cualitativo y cuantitativo, ya que se tuvo en cuenta el cumplimiento de los estándares mencionados en la resolución mencionada durante los últimos doce meses dándoles una puntuación de 1.0 a 5.0 según el cumplimiento de los mismos y analizando todos los aspectos que integran la UAES para la formulación de un buen diagnóstico, el PAMEC no es simplemente una evaluación de la calidad, se entiende como un proceso el cual es de gran importancia ya que otorga oportunidades de mejora para superar las expectativas de las personas que utilizan los diferentes servicios que aquí se brindan.

Esta autoevaluación se hace con el fin de beneficiar con una mejor calidad de los servicios brindados a los usuarios que se encuentran afiliados a esta.

## 7 DOFA.

Internos	Externos
<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentos del sistema no definidos o aprobados</li> <li>- Falta de un sistema de control documental y registros</li> <li>- Programas del sistema de gestión no están operando de manera eficiente</li> <li>- El PAMEC se encuentra desactualizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recorte de presupuesto destinado para el área</li> <li>- Regulación y requerimiento de entes de control en cuanto a calidad</li> <li>- Falta de claridad e independencia de la UAES para la definición del sistema de gestión de calidad</li> <li>- Falta de personal destinado a la implementación del sistema de gestión</li> </ul>
<b>Fortalezas</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal capacitado</li> <li>- Documentación básica del sistema de calidad</li> <li>- Buena capacidad de respuesta a requerimientos a entes de control</li> <li>- Apoyo del sistema integrado de gestión de la universidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitación de módulo de gestión documental para el sistema de gestión</li> <li>- Compromiso de parte de la dirección para liderar el sistema de gestión</li> <li>- Adquisición de sistema de información para gestión de calidad</li> <li>- Documentación y socialización de programas de garantía de la calidad (PAMEC, seguridad del paciente)</li> </ul>

Según la matriz DOFA realizada al área de calidad se detectó la desactualización del PAMEC, por lo tanto esta fue aplicada según la resolución 1328 de 2021, con el fin de

detectar las amenazas y debilidades en cuanto a la calidad de los servicios que se le brindan a los usuarios, para crear planes de mejora de acuerdo a lo encontrado.

## 8 RESULTADOS OBTENIDOS.

Se realizó reunión con el comité de calidad, para llevarse a cabo la aplicación de la autoevaluación del PAMEC tomando como guía la resolución 1328 de 2021, haciendo la evaluación y verificación del cumplimiento de los estándares planteados en la misma

### 8.1 AUTOEVALUACIÓN.

RUTA CRÍTICA: FASE DE AUTOEVALUACIÓN CON BASE A ESTANDARES DE ACREDITACIÓN														
DESCRIPCIÓN	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN				RESULTADOS				CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR A EVALUAR
	SISTEMATIZACIÓN	AMPLITUD	POR ACTIVIDAD	CICLO EVALUACIÓN	DESPLEGUE INSTITUCIONAL	DESPLEGUE USUARIO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN			
La institución es responsable de desarrollar e implementar estrategias que respalden los derechos de los pacientes y las familias, acompañantes y/o cuidadores durante la atención.	3,5	4,0	3,5	2,0	2,5	4,0	4,0	4,0	2,5	4,0	4,0	3,4	Estándar 1	
En la institución se notifican, analizan e investigan los riesgos poblacionales e individuales y se definen e implementan las acciones oportunas, eficientes y efectivas para prevenirlos.	2,0	2,5	2,5	2,0	2,0	2,5	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0	2,2	Estándar 2	
La institución realiza un seguimiento de la demanda asistencial con el fin de poder optimizar su capacidad de respuesta.	3,5	3,5	3,8	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,7	Estándar 3	
La institución informa a la comunidad sobre sus servicios, rutas de atención y cómo obtener atención y evalúa a los pacientes para identificar si sus necesidades de atención en salud médica coinciden con la misión y los recursos de la organización.	2,0	2,0	2,0	3,0	2,5	3,0	2,5	3,0	2,5	2,0	2,0	2,5	Estándar 4	
La institución define criterios medibles específicos, estrategias de seguimiento permanente y acciones de mejora, para, entre otros:	2,0	2,5	3,0	2,5	2,5	3,5	3,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,7	Estándar 5	
La institución facilita el acceso y traslado del usuario, familia, acompañante y/o cuidador por sus instalaciones.	4,0	3,5	4,0	4,0	4,5	4,0	4,0	4,5	2,5	2,5	3,0	3,8	Estándar 6	
La institución tiene definido un proceso estandarizado de evaluación inicial multidisciplinar para identificar las necesidades de atención de todos los pacientes desde un enfoque en atención primaria en salud familiar y comunitaria.	1,0	2,5	2,5	2,5	2,0	2,5	3,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3	Estándar 7	

### RUTA CRÍTICA: FASE DE AUTOEVALUACIÓN CON BASE A ESTANDARES DE ACREDITACIÓN

DESCRIPCIÓN	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR A EVALUAR
	SISTEMATICIDAD	AMPLITUD	POR ACTIVIDAD	CICLO EVALUACIÓN	DESPLEGUE INSTITUCIONAL	DESPLEGUE USUARIO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN		
La Institución garantiza una adecuada información y vigilancia epidemiológica, así como la ejecución de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud pública.	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,7	Estándar 8
Cuando la institución brinda servicios de apoyo diagnóstico cuenta con un proceso de planeación de la atención que incluye la realización del procedimiento, procesamiento, análisis y reporte de resultados, según los servicios.	4,0	3,5	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	3,9	Estándar 9
La institución tiene estandarizados mecanismos para el reporte de resultados críticos y para definir cuándo se requiere repetir un procedimiento, la definición de estos mecanismos considera:	2,0	2,5	2,5	2,0	2,5	2,0	2,5	2,0	2,0	2,0	2,0	2,2	Estándar 10
La Institución tiene definido e implementado el modelo de prestación en salud basado en la estrategia de atención primaria en salud, desplegado desde la política de prestación de servicios institucional, integrando el desarrollo de los servicios de salud, la participación social y comunitaria y las acciones intersectoriales, este incluye:	3,0	2,5	2,5	3,0	4,0	4,0	4,0	3,8	2,5	2,5	2,5	3,3	Estándar 11
La Institución articula su modelo de prestación en salud en el marco estratégico de acciones territoriales, incluyendo las siguientes acciones:	3,8	3,5	4,0	3,5	4,0	3,5	3,0	3,8	3,5	3,0	3,0	3,6	Estándar 12
El modelo de prestación en salud definido por la institución despliega acciones en desarrollo de los valores, principios y elementos principales de la Atención Primaria en Salud en el ámbito territorial, contempla los siguientes criterios, según sea pertinente.	4,5	4,0	4,0	3,5	4,5	3,5	4,0	4,0	2,5	2,5	3,0	3,7	Estándar 13
La institución planea, implementa y evalúa las actividades de promoción y mantenimiento de la salud, acordes con las necesidades en salud de la población que atiende y están alineadas con las características poblacionales y prioridades de atención de salud pública del territorio. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria:	3,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,5	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,3	Estándar 14

RUTA CRÍTICA: FASE DE AUTOEVALUACIÓN CON BASE A ESTANDARES DE ACREDITACIÓN													
DESCRIPCIÓN	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR A EVALUAR
	SISTEMATIZACIÓN	AMPLITUD	POR ACTIVIDAD	CICLO EVALUACIÓN	DESPLIEGUE INSTITUCIONAL	DESPLIEGUE USUARIO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN		
El usuario y su familia, acompañante y/o cuidador reciben la educación e información pertinente durante la ejecución de los exámenes, estudios o procedimientos de apoyo diagnóstico, que incluye como mínimo:	4,0	3,5	3,5	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,5	2,5	3,0	3,2	Estándar 15
Se garantiza la disponibilidad de las imágenes en dispositivos móviles utilizados dentro de las instalaciones o en los servicios prestados bajo la modalidad de telemedicina y extramural.	4,0	3,0	2,0	2,0	3,5	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,7	Estándar 16
La institución garantiza que de acuerdo con el tipo de servicios que presta, los grupos poblacionales y los determinantes sociales, se evalúan sistemáticamente las atenciones realizadas de promoción y mantenimiento de la salud, tomando como base las historias clínicas y los registros asistenciales y estas dan respuesta a las necesidades que se identificaron en la planeación y evaluación al ingreso.	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	Estándar 17
Existe trabajo en forma conjunta entre la institución prestadora de servicios de salud incluyendo las sedes, con las entidades responsables del aseguramiento, cuando haga parte de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, propendiendo por la accesibilidad de los servicios y continuidad de la atención en salud.	4,0	4,0	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	4,0	2,5	3,0	3,0	3,7	Estándar 18
La institución tiene definidos y documentados los servicios que oferta en cada una de las sedes en red, esta información debe ser clara para el usuario, familiar, acompañante y/o cuidador.	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0	2,5	4,0	3,0	3,0	3,0	2,0	3,3	Estándar 19
La organización dispone de una planificación estratégica documentada y coherente con su misión y modelo de prestación, priorizando sus objetivos de acuerdo con un análisis previo sobre su actividad, las expectativas de la población a la que atiende y los recursos disponibles:	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,5	3,5	3,9	Estándar 20
Los líderes de la organización están identificados y son responsables colectivamente de definir la misión de la organización y crear los programas y políticas necesarios para cumplir la misión.	4,0	4,0	3,5	4,0	4,0	3,0	4,0	4,5	3,5	3,0	3,0	3,7	Estándar 21

### RUTA CRÍTICA: FASE DE AUTOEVALUACIÓN CON BASE A ESTANDARES DE ACREDITACIÓN

DESCRIPCIÓN	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR A EVALUAR
	SISTEMATIZACIÓN	AMPLITUD	POR ACTIVIDAD	CICLO EVALUACIÓN	DESPLEGUE INSTITUCIONAL	DESPLEGUE USUARIO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN		
La organización establece y gestiona un plan de comunicación interna y externa.	3,5	3,0	3,0	3,0	3,5	3,0	3,5	3,0	3,0	3,0	3,0	3,2	Estándar 22
La Política de Prestación de Servicios de salud está definida, implementada y alineada con la Política y Modelo de prestación en Salud o su equivalente, como instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población, a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades.	4,0	4,0	4,0	2,5	4,0	3,0	4,0	3,5	3,0	3,5	3,0	3,5	Estándar 23
La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una Política de Gestión Integral del Riesgo en Salud orientada a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.	2,0	1,0	2,0	1,0	2,5	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,5	1,8	Estándar 24
La organización dispone de un plan de liderazgo compartido con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales.	3,5	4,0	3,0	2,5	4,5	3,0	4,0	3,5	3,0	3,0	3,5	3,5	Estándar 25
En la Organización, la alta gerencia planifica, desarrolla, coordina e implementa los lineamientos estratégicos y evalúa los resultados con base en indicadores de desempeño, cifras y hechos e información comparativa.	2,0	2,5	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,5	2,0	2,5	3,0	2,4	Estándar 26
La organización promueve la participación social en salud como un elemento de mejora continua.	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,4	Estándar 27
La Organización implementa las acciones que garantizan la viabilidad financiera institucional en cumplimiento del modelo de prestación definido.	3,0	2,0	2,0	3,0	3,5	3,0	3,0	3,0	2,0	2,5	3,0	2,8	Estándar 28

## RUTA CRÍTICA: FASE DE AUTOEVALUACIÓN CON BASE A ESTANDARES DE ACREDITACIÓN

DESCRIPCIÓN	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR A EVALUAR
	SISTEMATIZACIÓN	AMPLITUD	PORCENTAJE DE ACTIVIDAD	CICLO DE EVALUACIÓN	DESPACHO INSTITUCIONAL	DESPACHO USUARIO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN			
En la organización, la gerencia cuenta con un sistema de información consistente, que permite evaluar la actividad administrativa, los niveles de satisfacción del cliente interno y externo y permite la integración con el programa institucional de calidad.	2,0	1,0	2,0	2,0	3,0	2,0	3,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	Estándar 29	
Se ha definido e implantado un sistema de monitorización para los resultados de las unidades o servicios asistenciales de la organización:	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,5	Estándar 30	
La Institución provee y garantiza las condiciones laborales del personal que realiza actividades extramurales.	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,5	Estándar 31	
Existe un programa de seguridad radiológica, cuando en la organización se utilizan radiaciones ionizantes que cumple con el plan de control de riesgos y gestión del servicio y está incorporado en el programa de Seguridad del paciente institucional:	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Estándar 32	
La organización ha definido y se aplican las actuaciones necesarias para garantizar y asegurar en todo momento las condiciones de seguridad de la infraestructura e instalaciones.	2,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	3,4	Estándar 33	
La organización garantiza la implementación de mecanismos para mantener un entorno seguro y saludable mediante la intervención y el control de vectores, roedores, plagas, entre otros y las actividades que desarrolla en estos aspectos son medioambientalmente responsables.	4,0	3,0	4,0	3,5	4,0	4,0	4,0	3,5	4,0	4,0	3,5	3,8	Estándar 34	
La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales, con la respectiva salvaguarda del medioambiente.	4,5	4,0	2,0	3,0	4,0	2,0	4,0	3,5	3,0	4,0	3,5	3,3	Estándar 35	

RUTA CRÍTICA: FASE DE AUTOEVALUACIÓN CON BASE A ESTANDARES DE ACREDITACIÓN														
DESCRIPCIÓN	ENFOQUE				IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS					CALIFICACIÓN	ESTÁNDAR A EVALUAR
	SISTEMATIZACIÓN	AMPLITUD	POR ACTIVIDAD	CICLO EVALUACIÓN	DESLIEGUE INSTITUCIONAL	DESLIEGUE USUARIO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	MEDICIÓN	TENDENCIA	COMPARACIÓN			
La organización asegura la gestión de insumos y suministros en áreas o ambientes que garanticen el almacenamiento seguro de los reactivos, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, para el uso en atenciones intramurales y extramurales, con la respectiva salvaguarda del medioambiente.	4,5	4,0	2,0	3,0	4,0	2,0	4,0	3,5	3,0	4,0	3,5	3,3	Estándar 35	
La organización asume en la gestión de las tecnologías en salud el equipamiento biomédico y las actuaciones necesarias para garantizar su utilización segura.	4,0	3,0	2,5	2,0	4,0	4,0	3,5	3,0	3,0	3,0	2,0	3,3	Estándar 36	
La organización realiza evaluación de la disponibilidad, distribución y acceso real de las tecnologías, en cuando se realizan atenciones en modalidad extramural y telemedicina, si aplica. Incluye:	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Estándar 37	
Los sistemas de información de la organización y las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, así como la información generada de las atenciones extramurales y telemedicina están integrados con la Historia Clínica electrónica:	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Estándar 38	
Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción con los usuarios o con sus sistemas y cumplen con lo que define la reglamentación en telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, cuando se oferte.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Estándar 39	
Se tienen definidos mecanismos con los sistemas de información de las unidades o servicios de apoyo diagnóstico, para almacenar y gestionar los resultados de los estudios y exámenes realizados y facilitar el acceso y disponibilidad de los servicios clínicos existentes.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Estándar 40	
Los sistemas de información de la organización, permiten la interacción y registro en tiempo real de las atenciones extramurales realizadas como es el caso de las domiciliarias, cuando se oferte.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	Estándar 41	

## **9 CONCLUSIONES.**

En la realización de esta práctica empresarial se concluye que la autoevaluación es una herramienta de gran importancia, que se debe aplicar en todo tipo de institución que preste servicios de salud, ya que por medio de esta se llevan a cabo estándares que éstas organizaciones deben cumplir para priorizar la calidad de los servicios que se les brindan a los usuarios.

Es importante que las organizaciones cumplan con el PAMEC no solo como parte de SOGCS sino también como una herramienta de trabajo a través de la cual la organización puede alcanzar altos estándares de calidad, brindando beneficios no solo para el usuario sino también para la organización y su competitividad en el mercado.

La aplicación de la autoevaluación le permitió a la UAES realizar el análisis de los procesos de acuerdo con las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas, facilitando la obtención de un diagnóstico inicial y así establecer qué procesos se deben priorizar para el desarrollo de servicios que esta brinda a sus usuarios.

## 10 RECOMENDACIONES.

- ✍ Se recomienda a la UAES la continuidad en el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC.
- ✍ Capacitar a los funcionarios de la institución sobre la importancia de la seguridad del paciente en la calidad de los servicios
- ✍ Seguimiento del plan de acción del PAMEC con el fin de culminar la actualización del mismo.
- ✍ La documentación de los procesos de la UAES deber ser revisada y actualizada constantemente ya que se debe contar con procedimientos que permitan brindarles una atención segura a los usuarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

(s.f.). Obtenido de <https://bit.ly/3RMCaG2>

9001, I. (10 de 06 de 2021). *Las 6 claves de la auditoría de calidad exitosa*. Obtenido de Las 6 claves de la auditoría de calidad exitosa: <https://www.unifikas.com/es/noticias/iso-9001-las-6-claves-para-enfrentarte-una-auditoria-de-calidad-con-exito#:~:text=Una%20auditor%C3%ADa%20de%20calidad%20es,de%20cabeza%20para%20las%20empresas.>

9001, I. W. (2015). *La Revisión del Sistema de Gestión por Dirección*. Obtenido de La Revisión del Sistema de Gestión por Dirección: <https://isowin.org/blog/revision-sistema-gestion-ISO-9001/>

Arteaga, A. A. (23 de 09 de 2020). *LEAN CONSTRUCTION MEXICO*. Obtenido de LEAN CONSTRUCTION MEXICO: <https://www.leanconstructionmexico.com.mx/post/qu%C3%A9-es-y-en-qu%C3%A9-consiste-la-filosofia-kaizen-pasos-y-ejemplos>

BUTÍRICA, M. L. (2019). *Repositorio UCC*. Obtenido de Repositorio UCC: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10645/4/2019\\_autoevaluacion\\_pamec\\_enfoque.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/10645/4/2019_autoevaluacion_pamec_enfoque.pdf)

Calva González, J. J. (2009). *Satisfacción de usuarios*. Obtenido de Satisfacción de usuarios: <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1762>

Crosby, P. B. (2019). *Blogdelacalidad*. Obtenido de Blogdelacalidad:  
<https://blogdelacalidad.com/gurus-de-la-calidad-philip-crosby/>

CUEDO, M. B. (01 de 2018). *Política de Calidad*. Obtenido de Política de Calidad:  
<http://www.ascensorescuedo.com.ar/assets/politica-de-calidad.pdf>

Daruma. (06 de 02 de 2018). *Daruma*. Obtenido de Daruma :  
<https://www.darumasoftware.com/gestion-salud/guia-ruta-critica-pamec/#:~:text=El%20programa%20de%20auditor%C3%ADa%20para,respecto%20de%20la%20calidad%20esperada.>

DARUMA. (06 de 02 de 2018). *DARUMA*. Obtenido de DARUMA :  
<https://www.darumasoftware.com/gestion-salud/guia-ruta-critica-pamec/#:~:text=Description-.El%20programa%20de%20auditor%C3%ADa%20para%20el%20mejoramiento%20de%20la%20atenci%C3%B3n,respecto%20de%20la%20calidad%20esperada.>

ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS, M. L. (2017). *ACTUALIZACIÓN del PLAN DE AUDITORÍA: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD* . Obtenido de ACTUALIZACIÓN del PLAN DE AUDITORÍA: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD :  
<https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4119/Actualizaci%C3%B3n%20Plan%20Auditoria%20Mejoramiento%20Calidad.pdf>

excelencia, E. e. (28 de 08 de 2015). *Qué es el liderazgo. Aspectos más relevantes*. Obtenido de Qué es el liderazgo. Aspectos más relevantes:  
<https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2015/08/que-es-el-liderazgo-aspectos-relevantes/>

G., M. G. (01 de 08 de 2005). *MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD*. Obtenido de MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD : <https://www.redalyc.org/pdf/816/81606112.pdf>

Gardey, J. P. (2021). *Definición de autoevaluación*. Obtenido de Definición de autoevaluación: <https://definicion.de/autoevaluacion/>

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. (09 de 10 de 2022). Obtenido de MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Mokate, K. M. (07 de 2001). *Eficacia, eficiencia, equidad*. Obtenido de Eficacia, eficiencia, equidad:

<http://courseware.url.edu.gt/PROFASR/Docentes/Facultad%20de%20Ciencias%20Pol%C3%ADticas%20y%20Sociales/Gu%C3%ADa%20Docente%20Gerencia%20Social%201/Bibliograf%C3%ADa%20digital/Gu%C3%ADa%203/Unidad%209/MOKATE1.PDF>

PRAXXIS. (s.f.). Obtenido de PRAXXIS: <http://praxxis-consultores.com/servicios/pamec---programa-de-auditoria-para-el-mejoramiento-de-calidad/16>

Thompson, I. (2009). *DEFINICIÓN DE PRODUCTO*. Obtenido de DEFINICIÓN DE PRODUCTO:

<http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/1613/Asignaturas/2108/Archivo2.5203.pdf>