



Salud Sogamoso E.S.E

Somos vida, protegemos tu salud

Somos vida, protegemos tu salud

RAD2018S0373

Sogamoso 15 de Febrero de 2018

Doctora:

MARIA VICTORIA AVILA RAMOS

Directora Técnica de Prestación de Servicios

Secretaria de Salud de Boyacá

Referencia: Formulación Documento PAMEC Vigencia 2018

Cordial saludo,

La presente con el fin de remitir el documento PAMEC, el instrumento de autoevaluación y la resolución de conformación de los equipos de evaluación de Salud Sogamoso ESE para la vigencia 2018, lo anterior en cumplimiento de la circular 431 del 20 de diciembre de 2017. Agradezco su atención

Atentamente,

DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ

Gerente Salud Sogamoso E.S.E.

Proyecto: **ANGELA PATRICIA MARTINEZ FONSECA**
Enfermera Calidad Salud Sogamoso ESE

Anexo: Archivo PAMEC 2018
Instrumento Autoevaluación
Resolución conformación equipos Autoevaluación



Salud Sogamoso E.S.E.
Somos vida, protegemos tu salud

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.

Código. GQ-D-005

Versión. 03

Fecha. 11/02/2018

Página. 1 de 63

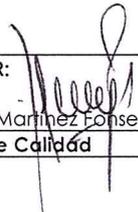
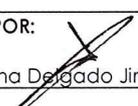


Salud Sogamoso E.S.E.

Somos vida, protegemos tu salud

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD**

**PAMEC
2018**

ELABORADO POR:  Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR:  John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR:  Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. ALCANCE DEL PAMEC
3. DURACION
4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA ESE
5. MAPA DE PROCESOS DE LA ESE
6. EJECUCION PAMEC 2017
7. AUTOEVALUACION PAMEC 2018
 - 7.1. CONFORMACION DE EQUIPOS
 - 7.2. RESULTADOS COMPARATIVOS DE AUTOEVALUACION CUANTITATIVA ANUAL
 - 7.3. RESULTADOS AUTOEVALUACION CUALITATIVA
8. PROCESOS PRIORITARIOS Y OPORTUNIDAD DE MEJORA
 - 8.1. ACREDITACION
9. PLANES DE MEJORA
10. PROGRAMA DE AUDITORIA
11. INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD OBSERVADA VS DESEADA 2018

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, mediante el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 en su Parte 5, Título 1, habla de la responsabilidad de implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como un componente esencial del mejoramiento continuo institucional, con el objetivo primordial de 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, entender la auditoria como una herramienta de gestión de la calidad y por ende de la gestión gerencial, lo cual implica el conocimiento de los conceptos y elementos básicos, metodologías e instrumentos logrando armonizarlos y adoptándolos al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se constituye en una herramienta fundamental para garantizar la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios y estándares superiores de calidad.

La alta gerencia de Salud Sogamoso dentro de su Plan estratégico, enmarca en sus objetivos la importancia del logro de una óptima eficacia del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud como pilar fundamental del mejoramiento continuo en caminados hacia la acreditación Institucional impactando en la calidad de la atención prestada a sus usuarios y familias con el propósito de satisfacer sus necesidades y expectativas.

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.	Código. GQ-D-005
		Versión. 03
		Fecha. 11/02/2018
		Página. 4 de 63

2. ALCANCE DEL PAMEC

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad para el año 2018 aplica a los procesos de acreditación

3. DURACION

El Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, se proyectó para la vigencia 2018, según lineamientos de la Secretaria de Salud Departamental.

4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA ESE

MISION

"Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención ambulatoria, acreditados como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, que garantiza el acceso en sus sedes a la población de su área de influencia en atención extra e intramural, con enfoque en promoción y prevención, mejorando así las condiciones de salud de los usuarios y sus familias.

VISION

Para el año 2022 seremos una institución de servicios de salud acreditada, que responde con sus sedes a las necesidades de acceso y oportunidad para la población, a través de un modelo de atención y administración efectiva y autosostenible que se integra y aporta a los programas y proyectos de salud incluyentes.

VALORES

- Compromiso: Interés por lo que se hace y sacar adelante la institución, entrega total a la institución generando sentido de pertenencia.
- Lealtad: Sinónimo de fidelidad, ser coherente con lo que se piensa y se hace, ser firmes ante cualquier circunstancia, defender la institución de acuerdo a las situaciones, amar lo que tenemos y lo que hacemos.

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



3. DURACION

El Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, se proyectó para la vigencia 2018, según lineamientos de la Secretaria de Salud Departamental.

4. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO DE LA ESE

MISION

“Somos una institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de atención ambulatoria, acreditados como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia, que garantiza el acceso en sus sedes a la población de su área de influencia en atención extra e intramural, con enfoque en promoción y prevención, mejorando así las condiciones de salud de los usuarios y sus familias.

VISION

Para el año 2022 seremos una institución de servicios de salud acreditada, que responde con sus sedes a las necesidades de acceso y oportunidad para la población, a través de un modelo de atención y administración efectiva y autosostenible que se integra y aporta a los programas y proyectos de salud incluyentes.

VALORES

- Compromiso: Interés por lo que se hace y sacar adelante la institución, entrega total a la institución generando sentido de pertenencia.
- Lealtad: Sinónimo de fidelidad, ser coherente con lo que se piensa y se hace, ser firmes ante cualquier circunstancia, defender la institución de acuerdo a las situaciones, amar lo que tenemos y lo que hacemos.
- Prudencia: Escuchar el doble de lo que uno habla, medirse en lo que se va a decir, saber guardar las cosas, medir cuando, como, con quien y donde se va a decir.
- Respeto: Conocer los limites hasta donde voy, no atropellar, consideración que tengo hacia los demás sobre las circunstancias

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--

	PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.	Código. GQ-D-005
		Versión. 03
		Fecha. 11/02/2018
		Página. 5 de 63

creencias, económicas; tolerancia, entender y comprender a los demás.

- Solidaridad: Ayudar, servir a los usuarios, desarrollar más de lo que se puede hacer por los demás.
- Honestidad: transparencia en nuestros actos, con el usuario con la sociedad.

PRINCIPIOS

- Trabajo en equipo
- Buen trato
- Eficiencia
- Responsabilidad social
- Integridad

POLITICA DE CALIDAD

SALUD SOGAMOSO E.S.E., se compromete a prestar servicios de salud de primer nivel, con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, a través de talento humano competente, y mejora continua de sus procesos, en busca de satisfacer las necesidades y expectativas de colaboradores, usuarios y su familia, orientados hacia la acreditación institucional, cumpliendo con la normatividad legal vigente y propendiendo por la mejora continua de la Organización

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente



5. MAPA DE PROCESOS



Acuerdo de Junta Directiva N° 08 de 2017

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente

6. EJECUCION DE PAMEC 2017

INFORME DE EJECUCION DEL PAMEC CORTE DICIEMBRE 2017

A continuación se presenta el resumen de los logros obtenidos en los procesos objeto de mejoramiento y priorizados en el PAMEC para la vigencia Enero – Diciembre de 2017.

La efectividad del PAMEC 2017 logra un 94% de cumplimiento de las actividades programadas. El estándar de seguridad del paciente es el de menor cumplimiento con el 67%, por falta del informe final de la encuesta de clima de seguridad.

ESTADO	GRUPO DE ESTÁNDARES- DUODECIMO SEGUIMIENTO												
	Deberes Y Derechos	Seguridad Paciente	Ambulatorio	Laboratorio	Ips en Red	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente Físico	Gestión Tecnológica	Gestión Información	Mejoramiento de Calidad	PROM ACREDITACION
Completo	100%	67%	90%	100%	100%	100%	83%	100%	95%	100%	100%	100%	94%
En desarrollo	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Atrasado	0%	33%	10%	0%	0%	0%	17%	0%	5%	0%	0%	0%	6%
No iniciado	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---

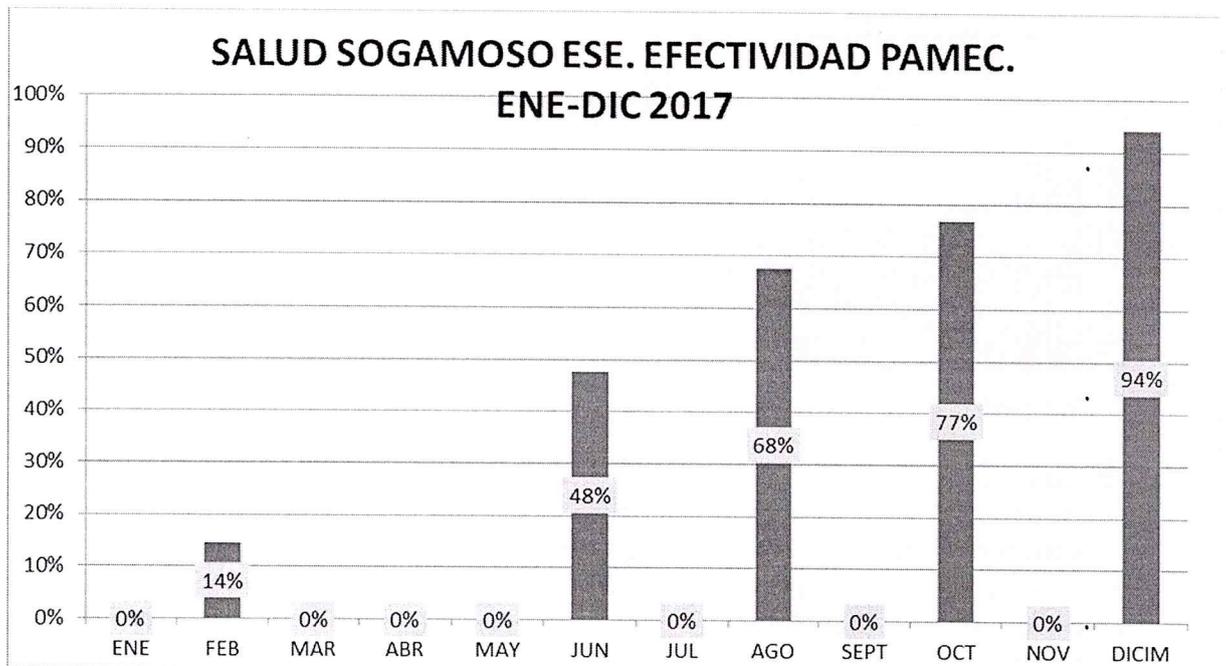


ESTADO	NUMERO DE ACTIVIDADES POR ESTANDAR												total
	Deberes y Derechos	Seguridad Paciente	Ambulatorio	Laboratorio	Ips en Red	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente Físico	Gestion Tecnológica	Gestion Informacion	Mejoramiento de Calidad	
Completo	10	6	26	3	4	14	10	18	18	6	24	3	142
En desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atrasado	0	3	3	0	0	0	2	0	1	0	0	0	9
No iniciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

151



ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



El proceso de mejora de la ESE se caracterizó por priorizar procesos asistenciales enfocados principalmente en el acceso e ingreso, la planeación de la atención y el sistema de referencia. En los procesos de apoyo en las necesidades del talento humanos y el clima organizacional, el direccionamiento en los planes de mejora, la gerencia por procesos, definición de los procesos de gestión del ambiente físico, gestión de la tecnología, mejora de la calidad y gestión de la información.

Dentro de la mejora continua, el desarrollo del proceso de acreditación de la ESE se encuentra desarrollando la gerencia por procesos, estableciendo un orden en la planeación con la documentación de los procesos priorizados.

Los requerimientos desde la Gerencia de obtener el control de los procesos, ha permitido establecer algunos indicadores, los cuales a través de gráficos de tendencia han facilitado la forma de ver y monitorizar los procesos.

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



**INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD OBSERVADA VS
CALIDAD DESEADA 2017**

INDICADOR	CALIDAD OBSERVADA A DICIEMBRE 2016	CALIDAD ESPERADA A DICIEMBRE 2017
Oportunidad de Consulta Médica General.	3,6	< = 3 DÍAS
Oportunidad de Consulta Odontológica General.	3,0	< = 3 DÍAS
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0,64	0.65
Adherencia a Guía de HTA.	0.91	0,75
Adherencia a Guía de Crecimiento y Desarrollo.	0,87	0,80
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud PAMEC	92%	90%

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



5. AUTOEVALUACION PAMEC 2018

La autoevaluación se realizó a partir del diagnóstico situacional, frente al cumplimiento de estándares de acreditación manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario versión 003, resolución 123 de 2012, para ello se conformaron los diferentes grupos de autoevaluación se realizó mediante acto administrativo resolución N° 19 del 19 de enero de 2018, por medio de la cual se conforma el equipo de autoevaluación de estándares de acreditación en Salud Sogamoso E.S.E.

7.1 CONFORMACION DE EQUIPOS

Anexo 1. Resolución N° 19 del 19 de enero de 2018 y actualización en resolución 30 de 31 de enero de 2018

GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN	CARGO	NOMBRE
CLIENTE ASISTENCIAL		
DERECHOS DE LOS PACIENTES	Coordinación Prestación de Servicios	Nubia Yaneth Guevara Pinto
ACCESO		
REGISTRO E INGRESO	Líder Asignación de Citas	Esaú Villamil
EVALUACION DE NECESIDADES DE INGRESO	SIAU	Clara Chaparro
	Coordinación Prestación de Servicios	Nubia Yaneth Guevara Pinto

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



Salud Sogamoso E.S.E.
Somos vida, protegemos tu salud

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.**

Código. GQ-D-005

Versión. 03

Fecha. 11/02/2018

Página. 12 de 63

PLANEACION DE LA ATENCION	Representante de medicina	Melisa Bernal
EJECUCION DE TRATAMIENTO	Representante de odontología (RX)	Luz Helena Colmenares
EVALUACION DE TRATAMIENTO	L. Programas Especiales	Nancy Salcedo.
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Representante de Enfermería	Yenny Constanza Montaña
SEDES INTEGRADAS EN RED		
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Líder SIAU	Clara Chaparro
	Líder de Laboratorio Clínico.	Milena Garzón
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Calidad	Ángela Patricia Martínez Fonseca
		Comité Seguridad del Paciente
DIRECCIONAMIENTO	Gerente	Dra. Diana Catalina Delgado Jiménez
	Planeación	Angie Catherine Soler
	Calidad	Angela Patricia Martínez Fonseca
GERENCIA	Gerente	Dra. Diana Catalina Delgado Jiménez
	Planeación	Angie Catherine Soler
	Calidad	Angela Patricia Martínez Fonseca
TALENTO HUMANO	Líder de talento Humano	Andrea Vargas
	G Jurídica	Leidy Martínez
AMBIENTE FISICO	Líder de Ambiente Físico.	Diana Coy
	Calidad	Angela Patricia Martínez Fonseca
	Líder de Gestión Documental	Yolanda Castañeda
GESTION DE LA TECNOLOGIA	Ing. Biomédico	Edna Cuta
	Líder de Ambiente Físico	Diana Coy
GERENCIA DE LA INFORMACION	Gerente	Dra. Diana Catalina Delgado Jiménez

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



	Planeación	Angie Catherine Soler
	Calidad	Ángela Patricia Martínez Fonseca
	Líder de Sistemas	Esaú Villamil
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Gerente	Dra. Diana Catalina Delgado Jiménez
	Planeación	Angie Catherine Soler
	Calidad	Ángela Patricia Martínez Fonseca

7.2 RESULTADOS COMPARATIVOS AUTOEVALUACION CUANTITATIVA ANUAL

A continuación, se presenta en la tabla anexa, resultados de la autoevaluación cuantitativa comparativamente con años anteriores

SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. RESULTADOS DE AUTOEVALUACION DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN		
	dic-17	dic-16
GRUPO DE ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL	PROMEDIO	PROMEDIO
IPS red	1.6	1.58
Ambul -hosp	1.3	1.23
Laboratorio- RX	1.4	1.28
GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO	PROMEDIO	PROMEDIO
Direccionamiento	1.7	1.57
Gerencia	1.3	1.22
Ambiente Físico	1.3	1.10
Tecnología	1.1	1.00
Recurso Humano	1.3	1.23
Sistemas de Información	1.3	1.20

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES	PROMEDIO	PROMEDIO
Seguridad del Paciente	1.6	1.33
Deberes y Derechos	1.3	1.23
Mejoramiento de la Calidad	1.6	1.16
TOTAL	1.40	1.26

7.3 RESULTADOS AUTOEVALUCION CUALITATIVA

Se anexan en medio magnético

8. PROCESOS PRIORITARIOS Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

En esta etapa se identificaron los procesos a mejorar y que deben ser intervenidos por parte de Salud Sogamoso E.S.E.

8.1 ACREDITACIÓN

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
DERECHOS DEL PACIENTE	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
<p>Estándar 1. Código: (AsDP1) La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con</p>	<p>Evaluar la adherencia de los deberes y derechos a cliente interno y cliente externo</p>	80	<p>Evaluar la adherencia de cliente interno y externo</p>

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.

Criterios:

- Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).
- La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.
- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- La participación de los

Establecer ajustes según resultados

Planear los ajustes

Socializar los ajustes

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.

- Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

Estándar 3. Código: (AsDP3)
La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.

Criterios:

- El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.
- El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de

Actualizar el código de ética según direccionamiento estratégico institucional.

100

Actualizar el Código de Ética y Buen Gobierno teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico institucional.

Realizar acto administrativo de Actualización del Código de ética y Buen Gobierno.

Socializar Código de Ética y de Buen Gobierno con los colaboradores.

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



Salud Sogamoso E.S.E.

Somos vida, protegemos tu salud

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.

Código. GQ-D-005

Versión. 03

Fecha. 11/02/2018

Página. 17 de 63

intereses.

- Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).

Evaluar adherencia a código de ética y buen gobierno.

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
SEGURIDAD PACIENTE	OPORTUNIDAD DE MEJORA	TOTAL	
<p>Estándar 6. Código: (AsSP2) La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos. • La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias. • La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente. 	Realizar encuesta de Clima de Seguridad del paciente.	80	<p>Revisión de resultados de la encuesta de clima de seguridad</p> <p>Establecer ajustes al programa de seguridad según resultados en comité</p> <p>Implementar ajustes al programa</p> <p>Aplicación de encuesta de seguridad</p>

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



Salud Sogamoso E.S.E.
Somos vida, protegemos tu salud

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.

Código. GQ-D-005

Versión. 03

Fecha. 11/02/2018

Página. 18 de 63

<p>Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad</p>	<p>Implementar las Guías de Practica Segura.</p>	<p>80</p>	Elaboración de Plan de mejora.
			Priorizar guías de práctica segura a implementar durante la vigencia en comité
			Establecer estrategias de implementación en comité
			Implementación de las estrategias y las guías priorizadas
			Evaluar resultados

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
AMBULATORIO-HOSPITALARIO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
ACCESO			
<p>Estándar 8. Código: (AsAC1) La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.</p>	<p>AJUSTAR EL PROCESO DE ACCESO A LA ORGANIZACIÓN. CONTINUAR CON LA EVALUACION PARA TOMA DE</p>	<p>80</p>	<p>EVALUAR CON LOS INDICADORES DEL PROCESO</p>

<p>ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
---	---	--



<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. • Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. • Se hace un análisis de barreras de acceso a la organización (autorizaciones, administrativas, geográficas, entre otras) y también dentro de la organización hacia los diferentes servicios. • Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción <p>Estándar 12. Código: (AsAC5) La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>	DECISIONES QUE LLEVEN AL AJUSTE DEL PROCESO	80	AJUSTES SEGÚN RESULTADOS	
	<p>Documentar procedimiento de programación de agendas. (capacidad instalada. Disponible) y la socialización del procedimiento.</p>		80	PLANIFICACION DEL NUEVO PROCESO BASADO EN LOS AJUSTES
				<p>Documentar el procedimiento de programación de agendas teniendo en cuenta la Evaluación de la capacidad instalada</p> <p>Socialización de procedimiento</p> <p>Implementación del procedimiento</p>
<p>Estándar 14. Código: (AsAC7) La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma</p>	Implementar la información a usuarios desde el acceso	80	Establecer las barreras de acceso que se relacionen con la información a usuarios	

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.

Ajustar el proceso de información y comunicación a los usuarios

socializar proceso de información y comunicación a los usuarios

implementar proceso ajustado

Estándar 16. Código: (AsREG1)
Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.

Ajustar el procedimiento de asignación de citas y documentar el procedimiento de Tiempos de espera

Socializar los procedimientos

Implementar el procedimiento ajustado

Cráterios:

- Incluye información al usuario acerca de los aspectos concernientes a su registro, estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso y egreso.
- Incluye el uso de controles de identificación redundante.
- Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:
y Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.
y Mecanismos redundantes de identificación del usuario.
y Definición de riesgos de

EVALUACION EN EL INGRESO QUE INCLUYE DESDE LA ASIGNACION, PREPARACIÓN, TIEMPOS DE ESPERA PARA LA ATENCION

80

Evaluar los procedimientos

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

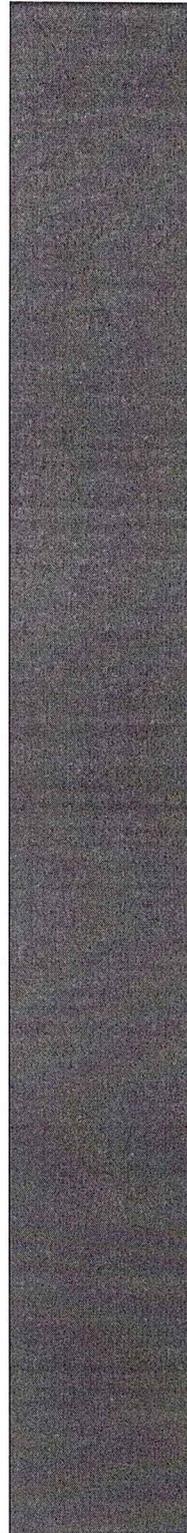
APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



acuerdo con condición al ingreso.
y Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.
y Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.
y Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.
y Identificación de los pacientes en la urgencia.

- Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la organización, en caso de presentarse alguna duda.
- La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.
- La organización cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los usuarios carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.
- La organización monitoriza y



ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios.

- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 17. Código: (AsREG2)
Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia

Criterios:

- La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia en los siguientes aspectos:

y Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.

y Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.

y Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación.

y La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.

y Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y

Implementar la información a usuarios al ingreso

80

Establecer las barreras de acceso que se relacionen con la información a usuarios

Ajustar el proceso de información y comunicación a los usuarios

socializar proceso de información y comunicación a los usuarios

implementar proceso ajustado

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



medicamentos.
 y Ubicación en la habitación y en el entorno.
 y Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.
 y Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.

- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

Estándar 20. Código: (AsEV2)
La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.

MONITOREAR EL CUMPLIMIENTO DE METAS ESTABLECIDAS PARA CADA UNO DE LOS PROGRAMAS DE PYD PRIORIZANDO PROGRAMAS ACORDE A PERFIL EPIDEMIOLOGICO INSTITUCIONAL

80

ESTABLECER METAS SEGÚN ESTIMACIONES POR CADA EAPB

SOCIALIZACION Y ASIGNACION DE METAS POR CADA EAPB

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



Criterios:

- Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones.
- y Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud.
- La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.
- y La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.
- El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- y Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.
- y Se evalúa la adherencia de



EVALUACION DE
METAS POR CADA
EAPB

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



los colaboradores a las guías. y Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.

Estándar 23. Código: (AsPL2)
Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta. En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye:

EVALUACION DE ADHERENCIA INCLUYENDO LAS NUEVAS GUIAS ADOPTADAS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS

80

REVISAR Y PROYECTAR RESOLUCION DE ADOPCION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLOGIC
O

SOCIALIZACION DE GPC ADOPTADAS

IMPLEMENTAR MEDICION DE ADHERENCIA A LA GUIAS PRIORIZADAS (CPN, CYD, HTA, CARIES)

EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE ADHERENCIA A GUIAS

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



<p>Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).</p>	<p>IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE ATENCION DE VICTIMAS DE MALTRATO</p>	<p>80</p>	<p>RETROALIMENTACION DE RESULTADOS DE MEDICION DE ADHERENCIA A GUIAS</p>
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales. • La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación. • La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica. • Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 			<p>Implementar el procedimiento de atención a víctimas</p>
			<p>EVALUACION DE LOS PROGRAMAS CON LOS INDICADORES ESTABLECIDOS</p>
	<p>Ajustar según resultados</p>		

<p>ELABORADO POR:</p>	<p>REVISADO POR:</p>	<p>APROBADO POR:</p>
<p>Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>



<p>Estándar 51. Código: (AsSAL2) La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.</p>	<p>EVALUACION ESPECIFICA DE LOS PROGRAMAS EN EJECUCION</p>	<p>80</p>	<p>AJUSTAR EL PROCEDIMIENTO DE ARTICULACION INTERSECTORIAL EN EL CUAL SE INCLUYA LA FORMAULACION DE INDICADORES</p> <p>SOCIALIZACION PROCEDIMIENTO</p> <p>IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO</p> <p>EVALUACION DE LOS PROGRAMAS CON LOS INDICADORES ESTABLECIDOS</p>
<p>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</p>			
<p>Estándar 52. Código: (AsREF1) En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros. 2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente. 3. Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario. 4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en 	<p>IMPLEMENTAR INDICADORES DE EVALUACION</p>	<p>80</p>	<p>AJUSTAR EL PROCEDIMIENTO REFERENCIA Y CONTRARREFERENCI A EN EL CUAL SE INCLUYA LA FORMAULACION DE INDICADORES</p> <p>SOCIALIZACION PROCEDIMIENTO</p> <p>IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO</p> <p>EVALUACION DE LOS PROGRAMAS CON LOS INDICADORES ESTABLECIDOS</p>

<p>ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
--	--	---



los registros médicos del paciente.
5. Se evalúa la pertinencia clínica
y la eficiencia de los trámites
administrativos de las remisiones.
Se toman correctivos de las
desviaciones encontradas



ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
LABORATORIO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
PLANEACION DE LA ATENCION			
<p>Estándar 35. Código: (AsPL14) El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El personal que realiza la toma o que transporta las muestras está capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos. • La organización tiene estandarizados y controla los tiempos y condiciones de traslado. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas. 	<p>EVALUAR EL PROCEDIMIENTO REDEFINIENDO Y COMPLEMENTANDO INDICADORES</p>	80	<p>AJUSTE DEL PROCEDIMIENTO INCLUYENDO LA FORMULACION DE INDICADORES CON SU RESPECTIVA FICHA</p>
<p>Estándar 38. Código: (AsPL17) El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y</p>			<p>Ajustar el procedimiento de Control de calidad</p>

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



probado	acorde a los criterios del estándar.		calidad acorde a los criterios del estándar.
Criterios: • Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas.			Socializar el procedimiento de Control de calidad acorde a los criterios del estándar.
• Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos.			Implementar el procedimiento de Control de calidad acorde a los criterios del estándar.
• El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio. • El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados. • Debe llevar un registro de las fechas y los resultados obtenidos. • En la sección de Microbiología, el laboratorio debe llevar registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC • En la sección de hematología, el laboratorio debe procesar mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y			Evaluar el procedimiento de Control de calidad acorde a los criterios del estándar.

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulaciones, el número de niveles de control debe ser mínimo dos.

- Se deben llevar los registros contemplados en los criterios señalados.

- En la sección de Inmunología, el laboratorio debe realizar verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles

(positivos y negativos) cada vez que se realicen las pruebas.

- El laboratorio debe llevar un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química, dos niveles; inmunoensayos, mínimo tres niveles.

- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.



ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES IPS EN RED	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
SEDES INTEGRADAS EN RED			
Estándar 59. Código: (AsSIR2) Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	SOCIALIZAR PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y MANUAL DEL USUARIO SEGÚN SERVICIOS OFERTADOS Y CONTRATADOS POR EAPB PARA LOS USUARIOS	80	Divulgar y publicar Portafolio de Servicios Y MANUAL DEL USUARIO IMPLEMENTACION PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y MANUAL DEL USUARIO

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	AJUSTAR LOS RECURSOS FINANCIEROS PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE GESTION,	125	AJUSTAR EL PROCEDIMIENTO DE ELABORACION DE PLANES OPERATIVOS ANUALES INCLUYENDO EL COMPONENTE DE COSTOS

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



Criterios:

- Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.
- La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización.
- Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.
- Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.
- Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.
- La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.

SOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ELEABORACION DE PLANES OPERATIVOS ANUALES INCLUYENDO EL COMPONENTE DE COSTOS

IMPLEMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE ELEABORACION DE PLANES OPERATIVOS ANUALES INCLUYENDO EL COMPONENTE DE COSTOS

Estándar 77. Código: (DIR3)
La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.

MEJORAR LA ADHERENCIA AL PLAN ESTRATEGICO DE LA ENTIDAD EN UN 3% EN RELACION DE LA LINEA DE BASE QUE SE ENCUENTRA 76%

100

ESTABLECER ESTRATEGIAS DE DIVULGACION DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



<p>Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora. 			<p>BUSCAR APROBACION POR PARTE DE GERENCIA DE ESTAS ESTRATEGIAS</p>
<p>Estándar 78. Código: (DIR.4.) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>PARA 2018 DOCUMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL</p>	<p>80</p>	<p>SOCIALIZACION E IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS</p> <p>Evaluar indicador de adherencia a Plan Estratégico</p> <p>DOCUMENTAR EL PROCEDIMIENTO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL</p>
<p>Estándar 79. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos</p>	<p>Evaluar política de humanización del servicio.</p>	<p>80</p>	<p>Evaluar la política de humanización</p> <p>Establecer ajustes de la política</p> <p>Socializar la política</p> <p>Implementar la política</p>

<p>ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
--	--	---



frente a las
desviaciones
encontradas.

**Estándar 81. Código:
(DIR7)**
Existe un proceso para
establecer los
parámetros a partir de
los cuales el plan
estratégico y los planes
operativos son
ejecutados. El proceso
garantiza la viabilidad
financiera de la
organización a través
de la confirmación de
la disponibilidad de
recursos para soportar
los actuales y futuros
servicios y programas
de la organización.

**Estándar 83. Código:
(DIR9)**
La organización
garantiza la orientación
al personal, la cual está
alineada con el
direccionamiento
estratégico de la
organización.

Ajustar el procedimiento
de formulación de POA
en lo que respecta a
garantizar financiación.

GENERAR EL ESPACIO
SISTEMATICO DE
CONTENIDO DE
ORIENTACION AL
PERSONAL PARA QUE
SEA DIVULGADO A
TRAVES DE LOS
DIFERENTES MEDIOS IEC
DE LA ENTIDAD

80

100

Evaluar la política
de humanización

AJUSTAR EL
PROCEDIMIENTO DE
ELABORACION DE
PLANES OPERATIVOS
ANUALES
INCLUYENDO EL
COMPONENTE DE
COSTOS

SOCIALIZAR EL
PROCEDIMIENTO DE
ELABORACION DE
PLANES OPERATIVOS
ANUALES
INCLUYENDO EL
COMPONENTE DE
COSTOS

IMPLEMENTAR EL
PROCEDIMIENTO DE
ELABORACION DE
PLANES OPERATIVOS
ANUALES
INCLUYENDO EL
COMPONENTE DE
COSTOS

ORGANIZAR EL
CONTENIDO DE IEC
QUE GARANTICE LA
ORIENTACION
EFECTIVA AL
PERSONAL
COLABORADOR DE
MANERA PERIODICA

ESTABLECER
ESTRATEGIAS DE
DIVULGACION

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



Salud Sogamoso E.S.E.

Somos vida, protegemos tu salud

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.

Código. GQ-D-005

Versión. 03

Fecha. 11/02/2018 .

Página. 35 de 63

		IMPLEMENTAR LAS ESTRATEGIAS DE DIVULGACION
		EVALUAR LOS CONTENIDOS CON LOS COLABORADORES (SEMESTRAL)

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES DE GERENCIA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
<p>Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.</p> <p>Criterios: • Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. • Un grupo o equipo para</p>	<p>Terminar de elaborar el manual de procesos y procedimientos</p>	<p>80</p>	<p>Recopilar y clasificar de acuerdo al mapa de procesos aprobado los Procesos y Procedimientos.</p> <p>Revisión de contenidos de procesos y procedimientos y depuración por cada responsable del proceso</p>

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



<p>planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La descripción del proceso de atención al cliente. 			<p>Elaboración del documento manual de procesos y procedimientos en medio magnético</p>
			<p>ELABORACION DE HERRAMIENTA PARA EL ACCESO Y CONSULTA AL MANUAL</p>
<p>Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:</p>	<p>EVALUAR EL SISTEMA DE GESTION DEL RIESGO DE LA ESE</p>	<p>80</p>	<p>EVALUACION DEL RIESGO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO SEGÚN METODOLOGIAS DAFP Y AMFE</p>
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. <ul style="list-style-type: none"> • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora. 			<p>GENERAR LOS PLANES DE MEJORA PARA LA GESTION DEL RIESGO</p>
			<p>IMPLEMENTAR LOS PLANES DE MEJORA PARA LA GESTION DEL RIESGO</p>
<p>Estándar 92. Código: (GER. 5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e Internacionales e incluye:</p>	<p>Documentar la política de referenciación competitiva</p>	<p>80</p>	<p>Documentar la política de referenciación competitiva</p>

<p>ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
--	--	---



Criterios:

- Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación.
- Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- Eventos adversos.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.

Estándar 99. Código: (GER.12)
Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante :

Criterios:

- Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo
- Monitorización y gestión

Socialización de la política de referenciación competitiva

Implementación de la de la política de referenciación competitiva

EVALUAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

100

EVALUAR EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO A TRAVES DE LOS INDICADORES DE PROCESO

AJUSTAR EL PROCESO SEGÚN RESULTADOS A TRAVES DE PLANES DE MEJORA

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



de la cartera.

- Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.
- Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.
- Análisis de la productividad.
- Análisis de costos.
- Gestión de inventarios.
- Gestión de seguros.
- Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.
- Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.
- Auditoría y mejoramiento de procesos.
- Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,
- Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA

EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES DE TALENTO HUMANO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
Estándar 103. Código: (TH1) Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:	IMPLEMENTACION Y REALIZAR LA EVALUACION DEL PROCEDIMIENTO DE TALENTO HUMANO	125	Implementación del procedimiento ajustado DE NECESIDADES DE TALENTO HUMANO

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



Criterios:

- Legislación.
- Evaluación periódica de expectativas y necesidades.
- Evaluación periódica del clima organizacional.
- Evaluación periódica de competencias y desempeño.
- Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.
- Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.
- Análisis de puestos de trabajo.
- Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.
- Políticas de compensación y definición de escala salarial.
- Estímulos e incentivos.
- Bienestar laboral.
- Necesidades de comunicación organizacional.
- Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.
- Relación docencia-servicio.
- Efectividad de la respuesta.

Evaluación del procedimiento ajustado DE NECESIDADES DE TALENTO HUMANO

AJUSTES AL PROCEDIMIENTO DE NECESIDADES DE TALENTO HUMANO

Estándar 104. Código: (TH2)
Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:

IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE PLANEACION DEL TALENTO HUMANO EN LA INSTITUCION,

125

IMPLEMENTAR Proceso de Planeación del Talento humano

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



Criterios:

- Legislación.
- Cambios en el direccionamiento estratégico.
- Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.
- Cambios en la planta física.
- Cambios en la complejidad de los servicios.
- Disponibilidad de recursos.
- Tecnología disponible.
- Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.
- Relación docencia-servicio.
- Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.
- La planeación del talento humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos y deberes, el Código de Ética y el código del buen gobierno y el diseño del proceso de atención.
- Evaluación de necesidades de contratación con terceros.

TENIENDO EN CUENTA LAS PROYECCIONES DE VENTA DE SERVICIOS, POBLACION OBJETO DE ATENCIÓN, Y LOS CAMBIOS EN LA PLANTA FISICA

EVALUAR Proceso de Planeación del Talento humano

AJUSTAR EL PROCESO DE PLANEACION DEL TALENTO HUMANO

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



Estándar 107. Código: (TH5):
Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización, el cual incluye:

Criterios:

- Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.
- Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.
- En relación con los registros de los colaboradores se garantiza:
 - Confidencialidad y seguridad.
 - Control en el acceso a los registros.
 - Consentimiento de los colaboradores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del talento humano propias de la organización.

AJUSTAR el
procedimiento de
Verificación de Títulos

80

Ajustar el
procedimiento de
verificación de
títulos según
RETHUS

Socializar el
procedimiento de
verificación de,
títulos según
RETHUS

Implementar el
procedimiento de
verificación de
títulos según
RETHUS

Evaluar el
procedimiento de
verificación de
títulos según
RETHUS

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
---	---	--



**Estándar 119. Código:
(GAF1)**

La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:

Criterios:

- Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.
- Enfoque de riesgo.
- Mejoramiento de la seguridad industrial.
- Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.
- La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.
- La organización tiene diseñado, difundido e

IMPLEMENTAR EL PROCESO A PARTIR DEL DX DE NECESIDADES DEL RECURSO FISICO CON ENFOQUE DE RIESGO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

125

DIAGNOSTICO DE NECESIDADES DE GESTION DE AMBIENTE FISICO BASADO EN RIESGOS

PRIORIZACION DE NECESIDADES BASADAS EN EL DIAGNOSTICO

PLAN DE INTERVENCION DE NECESIDADES DE AMBIENTE FISICO INCLUYE COSTO

APROBACION PLAN DE INTERVENCION DE NECESIDADES DEL AMBIENTE FISICO

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.

- Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.

- Condiciones para la humanización del ambiente físico.

Estándar 122. Código: (GAF4)

La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:

Criterios:

- Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.

- Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.

- Impacto ambiental.
- Elementos de protección para el personal.

		Evaluación del PGIRASA mediante lista de chequeo
Evaluación del PGIRASA con el personal.	100	Ajustar según resultados Plan de ajustes de PGIRASA

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



- Reciclaje y comercialización de materiales.
- El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.
- Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.
- La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos.
- La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y



ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



segregación de los residuos a todo el personal de la institución.

- Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.

Estándar 123. Código: (GAF5)

La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo

Criterios:

- Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres.
- El plan contempla todas las unidades

Ajustar el Plan de Emergencias

100

Ajustar Plan de emergencias Hospitalario Ugra Centro, UBAS

Socializar Plan Emergencias Hospitalario ajustado con los colaboradores.

Implementación del Plan de Emergencia Hospitalaria

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



Salud Sogamoso E.S.E.

Somos vida, protegemos tu salud

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD. PAMEC.**

Código. GQ-D-005

Versión. 03

Fecha. 11/02/2018

Página. 46 de 63

funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.

- Se realizan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres, a partir de los cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan.

- La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.

- La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.

- Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.

- Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.

- La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y

EVALUACION DEL
PEH POR EL CHE

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



desastres.

• Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:

y Disposición de áreas para la recepción de los afectados.

y Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.

y Aplicación de un sistema de triage.

• Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios.

• Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.

• Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.

• Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.

• El proceso está acorde con los códigos aprobados.

• Educación a los



ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.

- Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.
- Evacuación de los usuarios en riesgo.
- Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.
- Sistemas de evacuación.
- Señalización de sistemas de evacuación.

Estándar 126. Código: (GAF8)
La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.

Evaluar la política de no fumador

125

EVALUACION POLITICA DEL NO FUMADOR

AJUSTES SEGÚN EVALUACION

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



**Estándar 128. Código:
(GAF10)**

En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.

Criterio:

- Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.

EVALUAR EL PLAN DE CONTINGENCIA DEL PROCESO CONSTRUCTIVO

80

EVALUAR SISTEMÁTICA Y PERIÓDICAMENTE EL PLAN DE CONTINGENCIA DEL PROCESO CONSTRUCTIVO

REALIZAR AJUSTES DE ACUERDO A LA EVALUACIÓN DEL PLAN

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES DE GESTION TECNOLÓGICA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
Estándar 130. Código: (GT1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	IMPLEMENTACION Y LA EVALUACION DEL MANUAL DE GESTION DE LA TECNOLOGIA	125	Implementar Manual de Gestión de la Tecnología
Criterios: • Aspectos normativos. • Análisis de la relación oferta-demanda. • Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud. • Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.			EVALUAR el Manual de Gestión de la Tecnología.
			AJUSTES AL MANUAL DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

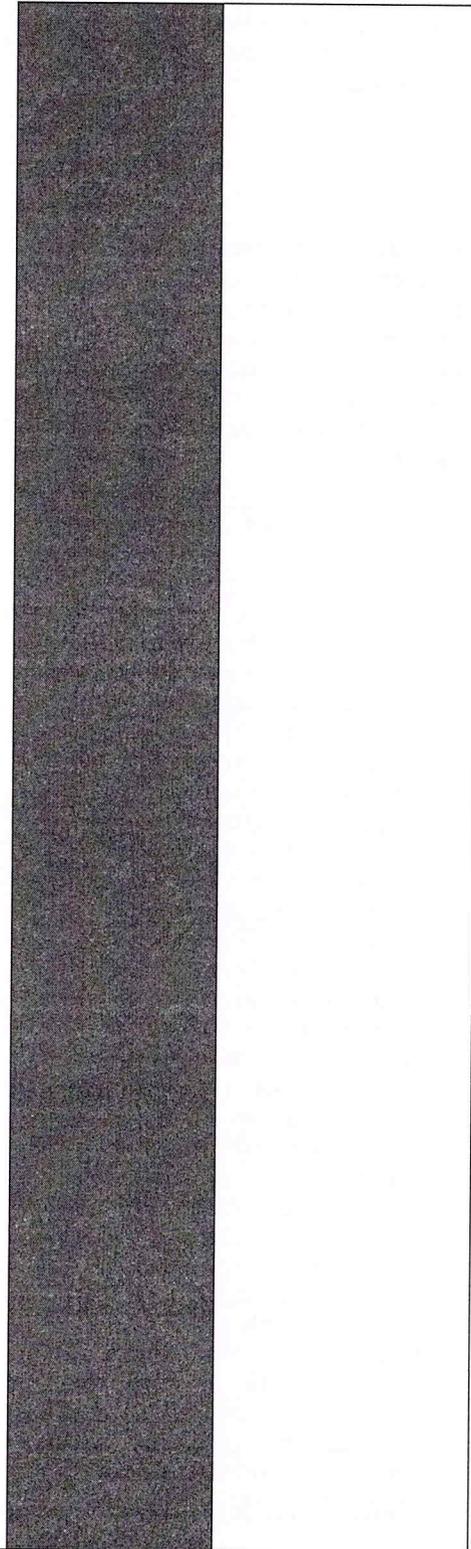
John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



- Condiciones del mercado.
- El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.
- El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.
- La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.
- La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.
- La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.
- La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.
- Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.
- Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.
- El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.



ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



- La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.

Estándar 131. Código: (GT2)
La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:

Criterios:

- La evidencia de seguridad.
 - Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.
- La definición del tiempo de vida útil de la tecnología.
 - La garantía ofrecida.
- Las condiciones de seguridad para su uso.
- Los manuales traducidos y la información necesaria para garantizar el uso óptimo de la tecnología.
- El soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).
- Las necesidades e intervalos de mantenimiento.
- Las alternativas disponibles.
- Las proyecciones de nuevas necesidades.
 - La validación por personal capacitado para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completo y funciona en forma correcta.
 - Evaluación de costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.

IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA PARA
CONSOLIDAR Y
EVALUAR

125

Implementación
Política de
adquisición,
incorporación,
monitorización y
control de la
tecnología.

EVALUACION
PERIODICA DE
LOS
INDICADORES

AJUSTES SEGÚN
EVALUACION

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES DE GESTION INFORMACION	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
<p>Estándar 141. Código: (G12) Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información, e incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Un proceso de implementación basado en prioridades. • La recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección y a cada uno de los procesos, la toma oportuna y efectiva de decisiones. • Flujo de la información. • Minería de datos. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y 	<p>AJUSTAR EL PROCEDIMIENTO DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN INCLUYENDO INDICADORES DE MEDICION DEL MISMO</p>	125	<p>AJUSTAR EL PROCEDIMIENTO DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN INCLUYENDO INDICADORES DE MEDICION DEL MISMO</p> <p>SOCIALIZAR LOS AJUSTES AL PROCEDIMIENTO</p> <p>IMPLEMENTAR LOS AJUSTES DEL PROCEDIMIENTO</p> <p>EVALUAR EL PROCEDIMIENTO DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</p>

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



confidencialidad de la información.

- Uso de la información.
- El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.
- Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.
- Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.
- La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.
- Identificación de espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.
- Definición de indicadores corporativos que incluyan: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Comparación con mejores prácticas.
- Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan.



ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



<p>Estándar 144. Código: (G15) Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p>			<p>AJUSTAR PROCEDIMIENTO INCLUYENDO MEDICION DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION</p>
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La seguridad y la confidencialidad. • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización. • Deterioro, de todo tipo, de los archivos. • Los registros médicos no pueden dejarse o archivar en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado. • Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso. • Existencia de backups y copias redundantes de información. • Control documental y de registros. • Indicadores de seguridad de la 	<p>AJUSTAR LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN</p>	<p>100</p>	<p>SOCIALIZAR PROCEDIMIENTO AJUSTADO</p> <p>IMPLEMENTACION AJUSTES DEL PROCEDIMIENTO</p>
			<p>Evaluación del procedimiento</p>

<p>ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
--	--	---



información.

Estándar 147. Código: (G18)
Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.

Criterios:

- Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización.
- La información consolidada está disponible para la comparación con respecto a mejores prácticas.
- Existen indicadores a los que se hace seguimiento sistemático.
- Los indicadores clínicos y operativos son divulgados, conocidos y utilizados por el personal directamente responsable.

Estándar 149. Código: (G110)
Existe un plan de contingencia diseñado,

AJUSTE AL TABLERO DE INDICADORES QUE PERMITA VER TRAZABILIDAD Y TENDENCIA DE LOS INDICADORES PRIORIZADOS

IMPLEMENTAR EL PLAN DE CONTINGENCIA Y SU EVALUACION

125

125

AJUSTAR HERRAMIENTA QUE PERMITA VISUALIZAR TRAZABILIDAD Y TENDENCIA DE LOS INDICADORES

IMPLEMENTAR HERRAMIENTA CON AJUSTES

EVALUACION DE HERRAMIENTA CON AJUSTES

IMPLEMENTACION DEL PLAN DE CONTINGENCIA

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



<p>implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.</p>			<p>EVALUACION DEL PLAN DE CONTINGENCIA, CON LOS RESPECTIVOS AJUSTES POSTERIOR A CADA ACTIVACION</p>
<p>Estándar 152. Código: (G113) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.</p>	<p>REDISEÑO DEL PLAN DE COMUNICACIONES DONDE SE ESTABLEZCA EL MECANISMO Y PERIODICIDAD DEL DESPLIEGUE DE LA INFORMACION A CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS Y SU RESPECTIVA MEDICION CON LA ACTUALIZACION DE LA IMAGEN CORPORATIVA Y PLATAFORMA ESTRATEGICA</p>	125	<p>AJUSTES AL PLAN DE COMUNICACIONES DONDE SE ESTABLEZCAN CANALES Y MEDIOS ACORDES AL CLIENTE AL QUE VA DIRIGIDO Y SUS RESPECTIVOS INDICADORES DE MEDICION EJECUCION DEL PLAN DE COMUNICACIONES SEGÚN CRONOGRAMA Y CALENDARIO DE EVENTOS EVALUACION DEL PLAN DE COMUNICACIONES</p>

<p>ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
--	--	---



ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ASPECTOS CUALITATIVOS	PRIORIZACION	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
ESTANDARES MEJORAMIENTO DE CALIDAD	OPORTUNIDADES DE MEJORA	TOTAL	
<p>Estándar 154. Código: (MCC1) Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un enfoque sistémico. • Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional. • Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación. • Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e 	<p>Ajustar el proceso de mejora de la calidad en lo que respecta a la asignación de recursos financieros</p>	80	<p>AJUSTAR EL PROCEDIMIENTO DE ELABORACION DE PLANES OPERATIVOS ANUALES INCLUYENDO EL COMPONENTE DE COSTOS</p> <p>SOCIALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE ELABORACION DE PLANES OPERATIVOS ANUALES INCLUYENDO EL COMPONENTE DE COSTOS</p>

<p>ELABORADO POR:</p> <p>Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad</p>	<p>REVISADO POR:</p> <p>John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación</p>	<p>APROBADO POR:</p> <p>Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente</p>
---	---	--



indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.

- Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.
- Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.
- Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.
- Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.
- Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos de autoevaluación, los equipos de mejoramiento, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.
- Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.
- Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.
- Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.
- Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.

IMPLEMENTAR
EL
PROCEDIMIENT
TO DE
ELEBORACION
N DE PLANES
OPERATIVOS
ANUALES
INCLUYENDO
EL
COMPONENTE
DE COSTOS

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



<p>Estándar 156. Código: (MCC3): Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</p>			<p>Elaboración de formatos de monitorización de indicadores de calidad en los procesos</p>
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo. • Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas. • Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento. • Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros. • Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones. • Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo. 	<p>Continuar la implementación de control de procesos con análisis y mejoras basadas en metodologías</p>	<p>100</p>	<p>Socializar los formatos</p> <p>Implementar la monitorización</p>
<p>Estándar 157. Código: (MCC4): Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:</p>	<p>Establecer en el plan de comunicaciones, un capítulo enfocado a acreditación,</p>	<p>80</p>	<p>Diseñar plan de comunicaciones de resultados de indicadores</p>

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



10. PROGRAMA DE AUDITORIA

SALUD SOGAMOSO ESE												
CRONOGRAMA DEL PAMEC 2018												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO												
Direccionamiento												
Gerencia												
Ambiente Físico												
Tecnología												
Recurso Humano												
Sistemas de Información												
GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES												
Seguridad del Paciente												
Deberes y Derechos												
Mejoramiento de la Calidad												

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---



11. INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD OBSERVADA VS DESEADA 2018

INDICADOR	CALIDAD OBSERVADA A DICIEMBRE 2017	CALIDAD ESPERADA A DICIEMBRE 2018
Adherencia a deberes y derechos	No hay medición	Tener medición
Demanda insatisfecha	No hay medición	Tener medición
Oportunidad de Consulta Médica General.	3,9	< = 3 DÍAS
Oportunidad de Consulta Odontológica General.	3,7	< = 3 DÍAS
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0,75	0.65
Adherencia a Guía de HTA.	0.84	0,75
Adherencia a Guía de Crecimiento y Desarrollo.	0,97	0,80

ELABORADO POR:

Ángela Patricia Martínez Fonseca
Coordinadora de Calidad

REVISADO POR:

John Douglas Contreras Guerra
Asesor Acreditación

APROBADO POR:

Diana Catalina Delgado Jiménez
Gerente



Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud PAMEC	94%	90%
---	-----	-----

Los demás procesos priorizados se encuentran en estandarización, por lo que aún no tienen datos que permita establecer mejoras cuantitativas.

ELABORADO POR: Ángela Patricia Martínez Fonseca Coordinadora de Calidad	REVISADO POR: John Douglas Contreras Guerra Asesor Acreditación	APROBADO POR: Diana Catalina Delgado Jiménez Gerente
--	--	---