



**Salud Sogamoso E.S.E**

Somos vida, protegemos tu salud

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

**PAMEC  
2019**

## **CONTENIDO**

- 1. IDENTIFICACION DE LA IPS**
- 2. PLATAFORMA ESTRATEGICA SALUD SOGAMOSO ESE**
  - a. MISION**
  - b. VISION**
  - c. VALORES CORPORATIVOS**
- 3. MAPA DE PROCESOS**
- 4. FORMULACION PAMEC 2019**
  - a. INSTRUCTIVO**
  - b. ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD**
  - c. DURACION**
  - d. AUTOEVALUACION**
    - i. CONFORMACION DE EQUIPOS**
    - ii. AUTOEVALUACION POR ESTANDARES**
    - iii. AUTOEVALUACION 2018**
      - 1. RESULTADOS**
      - 2. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**
  - e. PROCESOS A MEJORAR**
    - i. PRIORIZACION DE PROCESOS**
    - f. INDICADORES DE CALIDAD ESPERADA VS CALIDAD OBSERVADA**
    - g. PLANES DE MEJORAMIENTO**
- 5. CRONOGRAMA DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC 2019**

## **1. IDENTIFICACION DE LA IPS**

**NOMBRE DEL PRESTADOR:** Salud Sogamoso ESE

**NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:** Diana Catalina Delgado Jiménez

**COGIGO DE HABILITACION:** 1575900490

**CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL:** saludsogamoso@yahoo.com

**VIGENCIA:** 2019

Salud Sogamoso E.S.E es una institución que presta servicios de salud de primer nivel de atención, del orden municipal, con autonomía administrativa y financiera y con patrimonio propio, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios y adscrita a la Secretaria de Salud del Municipio de Sogamoso, la cual fue creada mediante Acuerdo No 082 del 30 de Diciembre de 1996, emitido por el Concejo Municipal de Sogamoso, e inicio su pleno funcionamiento el 1 de septiembre de 1997. Esto situó a Sogamoso como el primer Municipio del Departamento de Boyacá que transformó su Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Salud Sogamoso E.S.E. trabaja con enfoque por procesos, integrando los lineamientos del Direccionamiento Estratégico y el ciclo de mejora continua en cada uno de los servicios ofertados, teniendo como eje fundamental la satisfacción de las necesidades de salud del usuario con calidad y calidez.

## **2. PLATAFORMA ESTRATEGICA SALUD SOGAMOSO ESE**

### **a. 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.

### **b. 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.

### c. VALORES CORPORATIVOS

- **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 decir, saber guardar las cosas, medir cuando, como, con quien y donde se va a decir.
- **Respeto:** Conocer los límites hasta donde voy, no atropellar, consideración que tengo hacia los demás sobre las circunstancias 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.

### 3. MAPA DE PROCESOS



**GRAFICO No.1** Mapa de Procesos/Acuerdo de Junta Directiva N° 08 de 2017

#### 4. FORMULACION DEL PAMEC 2019

##### a. INSTRUCTIVO METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

La metodología para la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad se realizara en base a la Ruta Crítica, como se ilustra en el siguiente gráfico:



**GRAFICO No. 2** Ruta crítica PAMEC 2019

#### AUTOEVALUACION

Descripción específica de como la Institución efectuó el proceso de Autoevaluación, el cual implica un diagnóstico y/o evaluación de la institución frente a estándares superiores de calidad de la atención, establecidos en el Sistema Único de Acreditación vigente, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.

## **METODOLOGÍA PARA LA AUTOEVALUACION**

- La autoevaluación se realiza a partir del diagnóstico situacional, frente al cumplimiento de estándares de acreditación Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario vigente, así:
- Realizar proceso de formación al personal, relacionada con el Sistema Único de Acreditación en Salud según Resolución 5095 de 2018, explicando los criterios claves a tener en cuenta en cada una de los estándares a evaluar.
- Socializa y realizar entrenamiento en el uso de herramientas como la escala de calificación y Matriz de Priorización.
- Realizar Conformación de grupos de Autoevaluación de estándares de Acreditación y realizar adopción mediante acto administrativo.

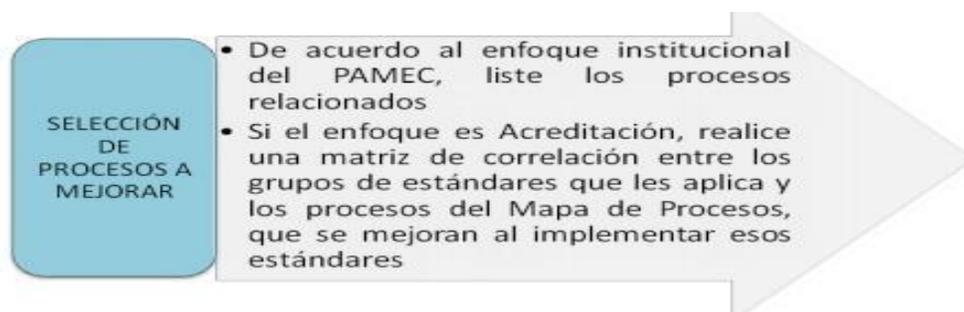
Realizar cronograma de actividades con responsables asignados.

- Proceder al interior de cada grupo, a realizar la calificación de cada estándar utilizando como guía los criterios establecidos en la escala de calificación del Sistema Único de Acreditación, para el desarrollo de esta etapa se debe tener en cuenta los siguientes pasos:
  - a. Leer el estándar y sus criterios antes de iniciar la calificación
  - b. Interpretar el estándar que se quiere calificar y aclarar de ser necesario por consenso del equipo la interpretación del estándar
  - c. Registrar las fortalezas que el equipo considere relacionadas con el estándar.
  - d. Determinar los soportes de las fortalezas registradas que pueden encontrarse en la organización.
  - e. Redactar las oportunidades de mejoramiento de la organización frente al estándar.
  - f. Realizar evaluación cuantitativa.

**Ver Anexo 1.** Escala de calificación.

**Ver Anexo 2.** MATRIZ DE AUTOEVALUACION DE ACREDITACION Y PLAN DE MEJORAMIENTO (GQ-F-036) (Herramienta de auditoría, unificada, en la cual se encuentra inmerso: autoevaluación, oportunidades de mejora, priorización y planes de mejora; hasta los seguimientos y consolidación para los informes de auditoría con sus respectivos gráficos de control).

## SELECCIÓN DE PROCESOS



En esta etapa se describe el método escogido por la institución para seleccionar los procesos que requieren mejora que fueron identificados como resultado del

Paso anterior.

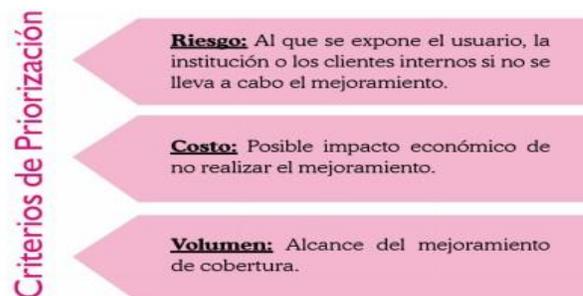
La Coordinación de Calidad define la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos definidos en el mapa de proceso institucional.

## **PRIORIZACION DE PROCESOS**

La priorización de procesos permite a la entidad focalizarse en los procesos más críticos para lograr las mejoras más inmediatas.

Describe la herramienta o método aplicado en la priorización de procesos a mejorar; La institución utilizó la metodología definida en el documento ABC emitido por el Ministerio de Salud y protección Social.

Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar según criterios de valoración definidos en documento ABC emitido por el Ministerio de Salud y protección Social que define la metodología para realizar priorización según la siguiente matriz:



**Ver Anexo 2:** Matriz de Priorización.

Se priorizaron los estándares cuya calificación está entre 80 y 125 los cuales se encuentran semaforizados en color rojo en la matriz.

## **DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA**

Para cada uno de los procesos priorizados en el paso anterior, se determina el estándar o meta a alcanzar, esto es la calidad esperada.

En referencia a que la autoevaluación de la institución se enfoca en los estándares del sistema único de acreditación, resolución 0123 de 2012, orientado hacia el cumplimiento de niveles superiores de calidad, dichos estándares se convierten en la calidad esperada.

Las oportunidades de mejora calificadas como prioritarias se les realizarán seguimiento mediante la evaluación de indicadores de calidad y propios de cada proceso.

Se debe definir indicadores de cumplimiento, que permiten evaluar y hacer seguimiento al desarrollo de las acciones que se programaron en los diferentes periodos de tiempo y por grupo de estándar. Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

### **MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS**

Describe como la Institución realiza la medición del desempeño de los procesos que definieron como prioritarios.

Es en este paso de la ruta crítica es donde se inicia la aplicación de los procedimientos de auditoría, dado que se tiene parámetros para evaluar y comparar.

La Coordinación de Calidad define las herramientas a utilizar en la medición de desempeño de los procesos. Se define como herramienta la Auditoría Interna, para lo cual se aplica el Procedimiento establecido (GQ-P-001).

### **FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

Define cómo la institución elabora el plan de mejora o de acción de acuerdo a las oportunidades de mejora detectadas y proceso priorizados.

Para el desarrollo del plan de mejora, se realiza en base a matriz de evaluación cualitativa definida.

Como el enfoque del PAMEC es la Acreditación, se formulan los planes de mejora para cada grupo de estándares correlacionándolos con los procesos.

Para la **IMPLEMENTACION** de los planes de mejora nos aseguramos que cada plan de mejora tenga un responsable, un cronograma cumplible y que Convierta sus planes de mejora en una gestión sistemática y continua.

**SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA:** A los planes de mejora se les debe realizar seguimiento periódico (bimensual) que involucre el nivel del autocontrol y de auditoría interna.

**SEGUIMIENTO DEL MEJORAMIENTO:** Para realizar el seguimiento se Programa plan de auditorías institucionales para evaluar el progreso institucional o para detectar oportunidades de mejora y se orientan las auditorías a lo que se requiere verificar en el proceso de mejoramiento continuo.

El seguimiento a las acciones de mejora planteadas para cada una de las oportunidades de mejora priorizadas se realizará en apoyados en:

- ❖ Auditoría interna al proceso, la institución tiene definido su procedimiento de auditoría interna, a través del cual se planean y ejecutan auditorías de proceso.
- ❖ Se realiza acompañamiento y asesoría a cada uno de los procesos en relación a la ejecución de las acciones de mejora programadas.
- ❖ Evaluación y seguimiento a cumplimiento de las acciones programadas en este documento.
- ❖ Comité de calidad, la Institución realiza seguimiento y evaluación bimensual al desempeño de los procesos.
- ❖ Grupos de autoevaluación, los grupos definidos se encuentran activos y son un referente que evalúan su desempeño y ejecución de acciones propuestas.
- ❖ Coordinación y control de resultados y planes de mejoramiento- Coordinación de Calidad, a través de la evaluación de procesos se determinan planes de mejora que permiten corregir desviaciones encontradas
- ❖ De los resultados del desempeño de los procesos los líderes y/o responsables de cada proceso deben definir y hacer seguimiento a oportunidades de mejora.
- ❖ Se formularan planes de mejoramiento para lo cual se utilizara el formato GQ- F-011 "Plan de Mejoramiento".

## **APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

Describe los diferentes mecanismos que la institución implementa para generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos prioritarios.

Generar Aprendizaje organizacional, significa entrenar y capacitar las personas de la Institución a la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

Para la implementación del Programa de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad se debe incluir dentro del ciclo de formación continuada que adelanta la institución la socialización y divulgación del PAMEC dando a conocer los componentes del documento y actividades planteadas a desarrollar.

En la ejecución de las actividades de mejora del programa, sus resultados serán retroalimentados al personal que participa en cada proceso de manera que se tomen decisiones y formulen oportunidades de mejora de forma oportuna.

### **b. ALCANCE**

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se aplica a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de Salud Sogamoso ESE, siguiendo los criterios de acreditación establecidos en el manual único de acreditación vigente, incluye la formulación, implementación, ejecución y evaluación de las actividades y la comparación de la calidad observada frente a la calidad con el fin de formular estrategias de mejora continua.

### **c. DURACION**

La ejecución del PAMEC comprende periodo de enero a diciembre de cada vigencia preferiblemente

#### **d. AUTOEVALUACION**

##### **i. CONFORMACION DE EQUIPOS DE AUTOEVALUACION PAMEC 2019**

La autoevaluación se realizó a partir del diagnóstico situacional, frente al cumplimiento de estándares de acreditación según el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario versión 3.1, resolución 5095 de 2018, para ello se conformaron dos equipos de autoevaluación, que según es estándar evaluado contaron con un líder correspondiente al Profesional más afín conceptual y técnicamente con el estándar evaluado.

La conformación de estos grupos se realizó mediante acto administrativo resolución N° 113 del 29 de enero de 2019 "Mediante la cual se conforma el equipo de autoevaluación de estándares de acreditación en Salud Sogamoso E.S.E para la vigencia 2019". En el artículo segundo de esta resolución se definen la conformación de grupos de autoevaluación así:

EQUIPOS AUTOEVALUACION DE ACREDITACION			
EQUIPO AUTOEVALUACIÓN	DE	CARGO	NOMBRE
CLIENTE ASISTENCIAL  -Derechos Y Deberes -Seguridad del paciente -Acceso -Registro E Ingreso -Evaluación De Necesidades De Ingreso -Planeación De La Atención -Ejecución De Tratamiento -Evaluación De Tratamiento -Salida Y Seguimiento -Sedes Integradas En Red -Referencia Y Contrarreferencia		Subgerente de servicios de salud	Nubia Yaneth Guevara Pinto
		P.U Salud Publica	Gloria Emilcen Pérez Hurtado
		P.E. Calidad	Diana Patricia Pérez Cárdenas
		P.U Gestión Documental	Elva Yolanda Castañeda Puentes
		P.U Programas Especiales	Nancy Stella Salcedo Barrera
		P.U comunicaciones	Paula Rodríguez Orozco
DIRECCIONAMIENTO		Gerente	Dra. Diana Catalina Delgado Jiménez
GERENCIA		P.U Planeación	Angie Catherine Soler
TALENTO HUMANO		P.U talento Humano	Andrea Vargas Barrera
AMBIENTE FISICO		P.U Ambiente Físico	Diana Carolina Coy
GESTION DE LA TECNOLOGIA		P.U Gestión de la tecnología	Ing. Edna Brigitte Cuta
GERENCIA DE LA INFORMACION		P.U Gestión Documental	Yolanda Castañeda
		P.U Recursos Informáticos	Esaú Villamil
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		P.E Calidad	Diana Patricia Pérez Cárdenas

**TABLA No. 1** equipos autoevaluación acreditación 2019

## ii. AUTOEVALUACION POR ESTANDARES

El contenido de las autoevaluaciones se adjunta en medio magnético.

A continuación se relacionan los resultados de la autoevaluaciones a la fecha

<b>SALUD SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO. RESULTADOS DE AUTOEVALUACION DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN</b>			
	<b>feb-19</b>	<b>dic-17</b>	<b>dic-16</b>
<b>GRUPO DE ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>PROMEDIO</b>
IPS red	1,67	1,58	1,58
Ambul -hosp	1,58	1,34	1,23
Laboratorio- RX	1,59	1,35	1,28
<b>GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>PROMEDIO</b>
Direccionamiento	1,72	1,69	1,57
Gerencia	1,50	1,31	1,22
Ambiente Físico	1,63	1,31	1,10
Tecnología	1,73	1,10	1,00
Recurso Humano	1,54	1,31	1,23
Sistemas de Información	1,55	1,33	1,20
<b>GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>PROMEDIO</b>
Seguridad del Paciente	1,80	1,63	1,33
Deberes y Derechos	1,57	1,27	1,23
Mejoramiento de la Calidad	2,04	1,64	1,16
<b>TOTAL</b>	<b>1,66</b>	<b>1,40</b>	<b>1,26</b>

**TABLA No. 2** Consolidado autoevaluaciones por vigencia

### iii. AUTOEVALUACION 2018

#### 1. RESULTADOS

Se presenta el resumen de cumplimiento obtenido en cada estándar de acreditación para vigencia Enero – Diciembre de 2018.

La efectividad del PAMEC 2018 lograda corresponde al 99% de cumplimiento de las actividades programadas, siendo el estándar de gerencia en único en el cual no se alcanzó el 100% de cumplimiento.

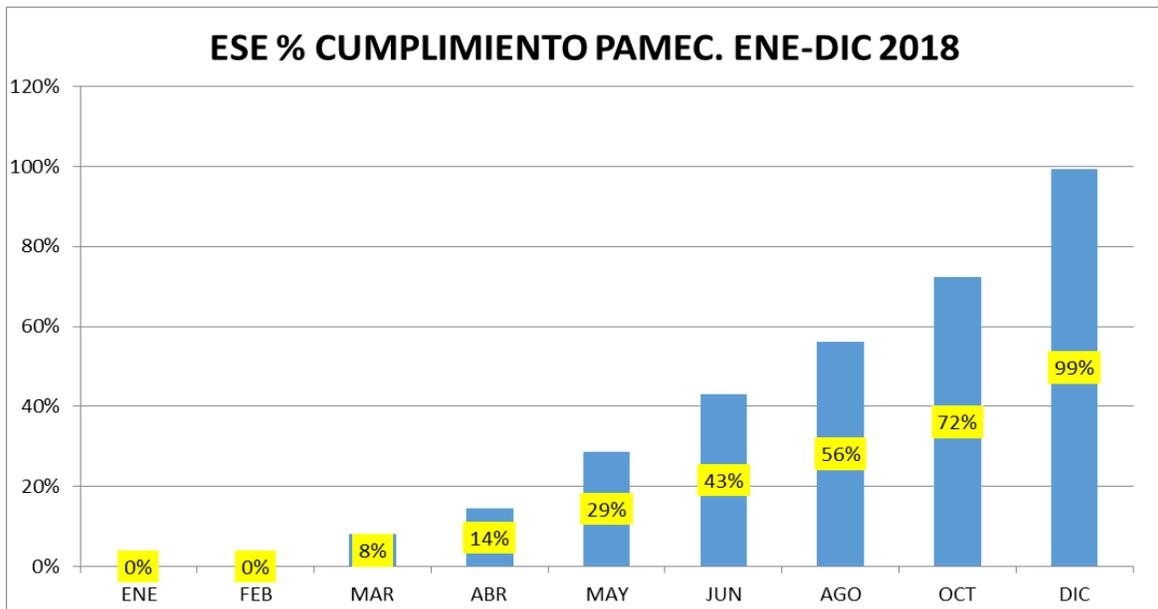
ESTADO	GRUPO DE ESTÁNDARES- DUODECIMO SEGUIMIENTO												
	Deberes y Derechos	Seguridad Paciente	Ambulatorio	Laboratorio	Ips en Red	Direccionamiento	Gerencia	Talento Humano	Ambiente Físico	Gestión Tecnología	Gestión Información	Mejoramiento de Calidad	PROM Acreditación
EJECUTADO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	93 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	99 %
NO EJECUTADO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

**TABLA No.3** Porcentaje de cumplimiento por estándar de acreditación.

Salud Sogamoso ESE en su programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad 2018 se propuso 153 actividades a ejecutar en la vigencia, de las cuales se dio cumplimiento a 152 discriminadas así:

ESTANDAR	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	63	63
DIRECCIONAMIENTO	20	20
GERENCIA	14	13
TALENTO HUMANO	10	10
AMBIENTE FISICO	15	15
TECNOLOGIA	6	6
INFORMACION	16	16
CALIDAD	9	9
TOTAL	153	152

**TABLA No. 4** cumplimiento de actividades por estándar



**GRAFICO No. 3** Porcentaje de Efectividad PAMEC 2018

## 2. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El proceso de mejora continua de Salud Sogamoso ESE se caracterizó por priorizar procesos asistenciales enfocados principalmente la organización y garantía del acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los mismos. Se evaluaron las barreras del acceso y se desarrollaron acciones de mejoramiento, se fortalecieron los procesos de planeación de la atención, sistema de referencia, se priorizaron las Guías de práctica clínica.

En los procesos de apoyo se enfatizó en las necesidades del talento humano y mecanismos para la verificación sistemática de antecedentes, credenciales de los colaboradores de la organización. De acuerdo a la organización de gerencia por procesos se definieron los procesos de gestión del ambiente físico, gestión de la tecnología, mejora de la calidad y gestión de la información.

En el estándar de mejora continua, Salud Sogamoso ESE continúa avanzando el cumplimiento de estándares de acreditación, mediante el direccionamiento estratégico y la implementación de la gerencia por procesos. Los requerimientos desde la Gerencia de obtener el control de los procesos generaron la necesidad de crear el manual único de procesos y procedimientos y establecer algunos indicadores, los cuales a través de gráficos de tendencia ha facilitado la monitorización de los procesos y la toma de decisiones.

**INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD OBSERVADA VS CALIDAD DESEADA 2018**

<b>INDICADOR</b>	<b>CALIDAD ESPERADA 2018</b>	<b>CALIDAD OBSERVADA 2017</b>
Oportunidad de Consulta Médica General.	< = 3 DÍAS	3,9
Oportunidad de Consulta Odontológica General.	< = 3 DÍAS	3,7
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0,65	0,75
Adherencia a Guía de HTA.	0,75	0,84
Adherencia a Guía de Crecimiento y Desarrollo.	0,80	0,97
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud PAMEC	90%	94%

**TABLA No. 5** indicadores de calidad deseada vs calidad esperada

**e. PROCESOS A MEJORAR**

**i. PRIORIZACION DE PROCESOS**

<b>ESTANDAR</b>	
<b>DERECHOS DEL PACIENTE</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<p><b>Estándar 1. Código: (AsDP1)</b>  <b>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 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.</b></p>	Documentar la carta de trato digno al usuario, indicando sus derechos y los medios dispuestos para garantizarlos
	Socializar la carta de trato digno al usuario con cliente interno y externo
	implementar la carta de trato digno al usuario, indicando sus derechos y los medios dispuestos para garantizarlos
	Evaluar adherencia a derechos y deberes de los usuarios en cliente interno y externo
<p><b>Estándar 3. Código: (AsDP3)</b>  <b>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.</b></p>	Articular el Código de Ética y Buen Gobierno con el Código de Integridad teniendo en cuenta el direccionamiento estratégico institucional.
	Socializar la articulación realizada entre el código de ética y buen gobierno y el código de integridad
	evaluar el conocimiento del código de ética y buen gobierno y del código de integridad
	Evaluar la aplicación de los valores establecidos en el código de ética y buen gobierno y en el código de integridad según las herramientas establecidas en los mismos.
<b>TOTAL ACCIONES :8</b>	

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
SEGURIDAD PACIENTE	
<b>Estándar 5. Código: (AsSP1)</b> <b>La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización</b>	Elaborar el ajuste de la política de seguridad del paciente acorde los criterios de estándar Socializar a través de publicación institucional la Política de Seguridad del paciente.
<b>Estándar 6. Código: (AsSP2)</b> <b>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.</b>	Socialización y entrega de la ficha técnica del indicador al responsable designado desde comité Implementación de monitorización de indicadores del programa de seguridad del paciente Evaluación de la monitorización de indicadores del programa de seguridad del paciente
<b>Estándar 7. Código: (AsSP3)</b> <b>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</b>	Delegación de guía a responsable de su socialización Socialización de Guías de Practica Segura Evaluación de indicadores por cada Guía de Practica Segura implementada en la entidad Consolidación y ajustes acorde a los resultados
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>9</b>

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
AMBULATORIO-HOSPITALARIO	
<b>ACCESO</b>	
<b>Estándar 8. Código: (AsAC1)</b> <b>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</b>	Implementar el procedimiento de acceso de los usuarios ( incluye formatos) Evaluar el procedimiento de acceso de los usuarios

de mejoramiento.	Ajustar el procedimiento de acceso de los usuarios según resultados
<p><b>Estándar 10. Código: (AsAC3)</b>  <b>Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.</b></p>	<p>Socializar el Modelo de Prestación de Servicios con base en RIAS.</p> <p>Implementar Modelo de Atención en Salud</p>
<p><b>Estándar 12. Código: (AsAC5)</b>  <b>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.</b></p>	<p>Formular Indicador de medición de Inasistencia por servicio (C. Médica. C. odontológica)</p> <p>Evaluación de indicador de Inasistencia por servicio</p> <p>Ajustes según causas de inasistencia</p>
<p><b>Estándar 13. Código: (AsAC6)</b>  <b>La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</b></p>	<p>Evaluación y monitorización del indicador de oportunidad de cita de primera vez de consulta de medicina general y odontología</p> <p>Ajustes según resultados</p>
<p><b>Estándar 14. Código: (AsAC7)</b>  <b>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 para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.</b></p>	<p>Levantar el procedimiento de identificación a usuarios de servicios y equipos de talento humano para la atención en sedes</p> <p>Identificar los equipos y servicios de atención por sede</p> <p>Implementar el procedimiento con los cuadros de equipos por sede</p>
<p><b>Estándar 15. Código: (AsAC8)</b>  <b>Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.</b></p>	<p>Recolectar información acerca de los tiempos de asignación de cita por Call center</p> <p>Estandarizar el procedimiento y tiempo de asignación de citas</p> <p>Socializar el procedimiento de asignación de citas de Call center</p>

	Implementar el proceso estandarizado
	Evaluar el tiempo de asignación de citas por Call center y realizar ajustes contemplando estrategias de impacto a los usuarios
<b>REGISTRO E INGRESO</b>	
<b>Estándar 16. Código: (AsREG1)</b> <b>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.</b>	Implementar estrategias de comunicación y divulgación sobre la preparación del paciente y su familia en los servicios priorizados.
	Formular indicador de evaluación de pacientes devueltos por inadecuada preparación para la prestación del servicio. (en los servicios priorizados)
	Evaluación y ajustes según resultados
<b>Estándar 17. Código: (AsREG2)</b> <b>Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia</b>	Actualizar la ficha de contratación por servicios y EAPB
	socializar la ficha de contratación por servicios y EAPB con cliente interno y externo
	Socializar en reunión con usuarios (alianza de usuarios de la IPS, EPS y líderes comunales) la ficha de contratación
	Medición de demanda insatisfecha relacionada con servicios no ofertados y/o contratados por la entidad.
	Diseñar procedimiento de Orientación al usuario al ingreso de la atención
	Implementación del procedimiento de orientación al usuario.
	Evaluación del procedimiento de orientación al usuario a través de indicadores establecidos en el mismo
<b>EVALUACION NECESIDADES AL INGRESO</b>	
<b>Estándar 19. Código: (AsEV1)</b> <b>La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.</b>	Documentar el procedimiento de identificación de necesidades de educación al usuario (matriz, priorización, implementación e indicadores)
	implementar el procedimiento de identificación de necesidades de educación de los usuarios
	Medición a través de indicadores de

	adherencia y ajustes según resultados.
<p><b>Estándar 20. Código: (AsEV2)</b>  <b>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.</b></p>	Socializar con el personal la RIA de promoción y mantenimiento establecida en la res. 3280 de 2018 y 276 de 2019
	Implementación de la RIA de promoción y mantenimiento
	Evaluación de implementación de la promoción y mantenimiento
	Ajustes al proceso de RIAs promoción y mantenimiento
<b>PLANEACION DE LA ATENCION</b>	
<p><b>Estándar 22. Código: (AsPL1)</b>  <b>Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.</b></p>	Implementación de programas de Atención de paciente crónico, IAMII, servicios amigables
	Evaluación de evolución e impacto de los programas especiales
	Ajustes a los programas según resultados
<p><b>Estándar 23. Código: (AsPL2)</b>  <b>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</b></p>	Generar espacios de estudio de guías y protocolos en mención acorde a falencia de adherencia identificadas
	Evaluación de adherencia (HTA, CYD, )
	Retroalimentación de resultados
	Ajustes según resultados
<p><b>Estándar 29. Código: (AsPL8)</b>  <b>La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria. Los programas incluyen, cuando apliquen</b></p>	Establecer perfil epidemiológico anual y análisis del mismo
	Medición de adherencia a GPC atención Prenatal y Caries Dental y Programa de Atención a crónicos
	Ajustes según resultados
<p><b>Estándar 32. Código: (AsPL11)</b>  <b>En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad</b></p>	realizar la revisión y ajuste a la política de humanización
	socializar a política de humanización con todos los colaboradores
	Priorizar y ejecutar acciones del plan de humanización
	Evaluar con indicadores las acciones

	realizadas
	Realizar ajustes según resultados encontrados
<p><b>Estándar 43. Código: (AsEJ4)</b>  <b>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).</b></p>	<p>Evaluar el procedimiento de atención a víctimas de violencia a través de indicadores establecidos en el procedimiento. (incluir adherencia al mismo)</p>
	<p>Ajustar el procedimiento de atención a víctimas de violencia según resultados</p>
<p><b>Estándar 47. Código: (AsEV2)</b>  <b>La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.</b></p>	<p>Ajustar el procedimiento PQRSFD</p>
	<p>Realizar seguimiento, evaluación y análisis al indicador de PQRSFD, para toma de decisiones.</p>
	<p>Retroalimentar resultados encontrados mensualmente y realizar ajustes</p>
<p><b>Estándar 48. Código: (AsEV3)</b>  <b>La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.</b></p>	<p>Documentar Procedimiento de identificación y seguimiento a usuario Re consultante.(debe contemplar concepto, acciones de control e indicadores)</p>
	<p>Socializar el Procedimiento de identificación y seguimiento a consultador crónico o Re consultante.</p>
	<p>Implementar el Procedimiento de identificación y seguimiento a consultador crónico o Re consultante.</p>
	<p>Evaluar el procedimiento y realizar ajustes</p>
<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>	
<p><b>Estándar 52. Código: (AsREF1)</b>  <b>En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:</b>  <b>1. La organización cuenta con guías y criterios</b></p>	<p>Revisión y ajustes los procesos incluidos en decreto 4747 y resolución 3047, y sus modificatorios</p>
	<p>socialización de los procesos incluidos en decreto 4747 y resolución 3047, y</p>

<p>explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros.</p> <p>2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente.</p> <p>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.</p> <p>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 los registros médicos del paciente.</p> <p>5. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas</p>	<p>sus modificatorios</p>
	<p>implementación de los procesos incluidos en decreto 4747 y resolución 3047, y sus modificatorios</p>
	<p>evaluación de los procesos incluidos en decreto 4747 y resolución 3047, y sus modificatorios</p>
<p><b>TOTAL ACCIONES</b> <span style="float: right;">63</span></p>	

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
<b>LABORATORIO</b>	
<b>PLANEACION DE LA ATENCION</b>	
<p><b>Estándar 26. Código: (AsPL5)</b>  <b>El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</b></p>	<p>Ajustar el procedimiento de toma de rayos x, según criterios del estándar.</p>
	<p>Socializar el procedimiento toma de rayos x ajustado con el equipo de odontología de la entidad.</p>
	<p>Evaluar el procedimiento toma de rayos x acorde a los indicadores establecidos.</p>
<p><b>Estándar 27. Código: (AsPL6)</b>  <b>El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</b></p>	<p>Ajustar el procedimiento de entrega de resultados de laboratorio con valores críticos</p>
	<p>Socializar el procedimiento de entrega de resultados de valores críticos</p>
	<p>Implementación del procedimiento en el cual se tiene en cuenta el consenso de estandarización de valores críticos</p>

	en conjunto con los médicos
	Evaluación del procedimiento de entrega de resultados de valores críticos
	ajustes según resultados
<b>Estándar 35. Código: (AsPL14)</b> 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.	implementación de indicadores del procedimiento de referencia y contrarreferencia de muestras
	evaluación del procedimiento de referencia y contrarreferencia de muestras con indicadores establecidos
	ajuste según resultados
<b>Estándar 38. Código: (AsPL17)</b> El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado	Adquisición del control de calidad externo: hematología, inmunología, uro análisis y microbiología
	Implementación del control de calidad externo
	Evaluación del control de calidad externo según el cronograma establecido por el proveedor (mínimo 4 años)
	implementación de acciones correctivas cuando haya lugar
<b>TOTAL DE ACCIONES</b>	15

<b>ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<b>ESTANDARES IPS EN RED</b>	
<b>SEDES INTEGRADAS EN RED</b>	
<b>Estándar 58. Código: (AsSIR1)</b> Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	Elaboración del modelo de atención de la Red de prestación de la ESE
	Socialización del modelo a nivel directivo y colaboradores
	Implementación del modelo a nivel directivo y colaboradores
	evaluación y ajustes según resultados
<b>TOTAL DE ACCIONES</b>	4

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	
ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
<p align="center"><b>Estándar 75. Código: (DIR1)</b>  <b>Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización</b></p>	Ajustar el procedimiento de direccionamiento estratégico
	Socializar procedimiento de direccionamiento estratégico
	Implementar procedimiento de direccionamiento estratégico
	Evaluar procedimiento de direccionamiento estratégico
<p align="center"><b>Estándar 77. Código: (DIR3)</b>  <b>La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.</b></p>	Socializar el plan de direccionamiento estratégico de la entidad
	Evaluar la adherencia al plan de direccionamiento estratégico
	Retroalimentación de resultados
	Ajustes según adherencia al plan de direccionamiento estratégico
<p align="center"><b>Estándar 80. Código: (DIR.6)</b>  <b>La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.</b></p>	Ajustar la política de prestación de servicios
	Socializar la política de prestación de servicios
	Implementación de la política de prestación de servicios
	evaluación de la política de prestación de servicios
<p align="center"><b>Estándar 81. Código: (DIR7)</b>  <b>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.</b></p>	ajustar el procedimiento de formulación de los planes operativos
	socializar el procedimiento de formulación de los planes operativos ajustado
	Implementación el procedimiento de formulación de los planes operativos
	Evaluar el procedimiento de formulación de los planes operativos

<p><b>Estándar 82. Código: (DIR8)</b>  <b>Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización</b></p>	Generar espacios de estudio de guías y protocolos priorizados
	Evaluación de guías y protocolos priorizados
	Retroalimentación de resultados
	Ajustes según resultados
<p><b>Estándar 85. Código: (DIR11)</b>  <b>En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.</b></p>	Establecer estrategias de medición de los procesos por sede
	Socializar estrategias de medición de los procesos por sede
	Implementar estrategias de medición de los procesos por sede
	Implementar estrategias de medición de los procesos
<b>TOTAL DE ACCIONES</b>	24

<b>ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<b>ESTANDARES DE GERENCIA</b>	
<p><b>Estándar 88. Código: (GER1)</b>  <b>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.</b></p>	Establecer la metodología para identificar las necesidades y las expectativas del cliente interno y externo, proveedores
	Socializar la metodología para identificar las necesidades y las expectativas de clientes internos, externos y proveedores.
	Implementar la metodología para identificar las necesidades y las expectativas de clientes internos, externos y proveedores.
	Evaluar la metodología para identificar las necesidades y las expectativas de clientes internos, externos y proveedores.

<p><b>Estándar 91. Código: (GER. 4)</b>  <b>La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico</b></p>	<p>Actualizar la Política de Administración del Riesgo</p>
	<p>Socializar la Política de Administración del Riesgo actualizada</p>
	<p>Implementar la Política de Administración del Riesgo</p>
	<p>Evaluar la política de Administración del Riesgo</p>
<p><b>Estándar 92. Código: (GER. 5)</b>  <b>La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales</b></p>	<p>priorizar las prácticas que son objeto de referenciación, teniendo en cuenta el aporte al mejoramiento institucional</p>
	<p>Identificar las entidades con las que se realizará la referenciación, de acuerdo a las necesidades priorizadas</p>
	<p>Formalizar y ejecutar visita de referenciación competitiva a la (las) instituciones(s) seleccionada(s)</p>
	<p>Presentar en el comité SOGC retroalimentación de la visita de referenciación y planes de mejora para su implementación.</p>
<p><b>Estándar 99. Código: (GER.12)</b>  <b>Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.</b></p>	<p>Documentar el procedimiento de Auditorías de Control Interno, con sus respectivos indicadores</p>
	<p>Socializar el procedimiento de Auditorías de Control Interno</p>
	<p>Implementar el procedimiento de Auditorías de Control Interno de acuerdo a los criterios priorizados: presupuestal, cartera, indicadores financieros, costos, inventarios, incapacidades.</p>
	<p>Evaluar e informar el resultado de las auditorías realizadas</p>
<p><b>TOTAL DE ACCIONES</b></p>	<p>16</p>

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	
ESTANDARES DE TALENTO HUMANO	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
<p align="center"><b>Estándar 103. Código: (TH1)</b>  <b>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.</b></p>	Ajustar el Plan estratégico de talento humano ( Incluyendo el componente de Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional )
	Socializar y publicar el Plan estratégico de talento humano
	Implementar el Plan estratégico de talento humano
	Evaluar el plan estratégico de talento humano y realizar ajustes según resultados
<p align="center"><b>Estándar 104. Código: (TH2)</b>  <b>Existe un proceso para la planeación del talento humano.</b></p>	Documentar el código de integridad
	Socializar el código de integridad
	Implementar el código de integridad
	Evaluar el código de integridad
<p align="center"><b>Estándar 105. Código: (TH3)</b>  <b>La asignación del talento humano (número y el tipo de profesionales, auxiliares o tecnólogos necesarios) responde a la planeación y a las fases del proceso de atención</b></p>	Implementar las actividades priorizadas según resultados de la evaluación inicial del sistema integral de seguridad y salud en el trabajo
	Evaluar sistema integral de seguridad y salud en el trabajo
	Realizar ajustes según resultados
<p align="center"><b>Estándar 108. Código: (TH6)</b>  <b>Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización</b></p>	Ajustar el plan de capacitaciones institucional
	Socializar el plan de capacitaciones institucional a todos los colaboradores
	Implementar el plan de capacitaciones institucional
	Evaluar con ficha técnica y ajustes según resultados
<p align="center"><b>Estándar 110. Código: (TH8)</b>  <b>La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores</b></p>	Diseñar la matriz de entrenamiento por cargo
	Socializar de la matriz de entrenamiento por cargo
	Implementar de la matriz de

	entrenamiento por cargo
	Evaluar la matriz de entrenamiento por cargo y ajustes según resultados
<b>Estándar 111. Código: (TH9)</b> <b>La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.</b>	Ajustar la política de talento humano
	Socializar la política de talento humano ajustada
	Implementarla política de talento humano
	Evaluar la política de talento humano
<b>Estándar 112. Código: (TH10)</b> <b>En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</b>	Identificación de los elementos claves que deben ser mejorados en la cultura organizacional basados en avances logrados vigencias anteriores
	Priorizar las acciones de mejora para impactar la transformación cultural
	Implementar estrategias de acuerdo a necesidades de mejora encontradas
	Evaluar las estrategias establecidas
<b>Estándar 113. Código: (TH11)</b> <b>La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.</b>	Ajustar plan de bienestar institucional
	Socializar el plan de bienestar institucional con todos los colaboradores
	Implementar el plan de bienestar institucional
	Evaluar el plan de bienestar institucional
<b>TOTAL DE ACCIONES</b>	31

<b>ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<b>ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO</b>	
<b>Estándar 119. Código: (GAF1)</b> <b>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.</b>	revisión y ajuste del proceso de gestión del ambiente físico

	<p>socialización del proceso de gestión del ambiente físico ajustado</p> <p>implementación del proceso de gestión del ambiente físico</p> <p>evaluación y ajuste del proceso de gestión del ambiente físico según resultados</p>
<p><b>Estándar 120. Código: (GAF2)</b>  <b>La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.</b></p>	<p>documentar el procedimiento " 5 S"</p> <p>socializar el procedimiento " 5 S" con los colaboradores</p> <p>implementar el procedimiento de " 5 S"</p> <p>evaluar y ajustar según resultados encontrados</p>
<p><b>Estándar 121. Código: (GAF3)</b>  <b>La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.</b></p>	<p>sensibilizar a los colaboradores y usuarios acerca del adecuado manejo y cuidado de los recurso medioambientales</p> <p>diseñar cronograma de actividades para la implementación del manual de producción más limpia</p> <p>Desarrollar las actividades según cronograma</p> <p>retroalimentar resultados obtenidos</p>
<p><b>Estándar 122. Código: (GAF4)</b>  <b>La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:</b></p>	<p>Evaluación del PGIRASA por sede</p> <p>Retroalimentación a todos los colaboradores de resultados encontrados</p> <p>ajustes según resultados</p>
<p><b>Estándar 123. Código: (GAF5)</b>  <b>La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</b></p>	<p>Actualizar y Ajustar Plan de emergencias Hospitalario UGRA -UBAS según nueva infraestructura</p> <p>Socializar Plan Emergencias Hospitalario ajustado con los colaboradores.</p> <p>Implementación del Plan de Emergencia Hospitalaria</p> <p>Evaluación y ajustes del PEH por el CHE</p>

<b>Estándar 126. Código: (GAF8)</b> <b>La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.</b>	desarrollo de actividades formuladas en el plan de acción
	evaluación de adherencia a política del no fumador
<b>Estándar 127. Código: (GAF9)</b> <b>La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.</b>	Socializar estrategia de silencio en la entidad
	Implementar estrategia de silencio en la entidad
	Evaluar estrategia de silencio en la entidad
<b>Estándar 128. Código: (GAF10)</b> <b>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.</b>	socializar las oportunidades de mejora de acuerdo a la evaluación del plan de contingencia
	implementar las oportunidades de mejora de acuerdo a la evaluación del plan de contingencia
	evaluar las oportunidades de mejora de acuerdo a la evaluación del plan de contingencia
<b>TOTAL DE ACCIONES</b>	27

<b>ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<b>ESTANDARES DE GESTION TECNOLOGICA</b>	
<b>Estándar 130. Código: (GT1)</b> <b>La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.</b>	Ajustar manual de la gestión de la tecnología con análisis oferta-demanda, costo – efectividad de la adquisición de nueva tecnología.
	Socializar manual de la gestión de la tecnología con análisis oferta-demanda, costo – efectividad de la adquisición de nueva tecnología.
	Implementar manual de la gestión de la tecnología con análisis oferta-demanda, costo – efectividad de la adquisición de nueva tecnología.
	Evaluar manual de la gestión de la tecnología con análisis oferta-demanda, costo – efectividad de la adquisición de nueva tecnología.

<p align="center"><b>Estándar 131. Código: (GT2)</b>  <b>La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.</b></p>	<p>Ajustar política con procedimiento costo- beneficio y costo efectividad</p> <p>socializar política con procedimiento costo- beneficio y costo efectividad</p> <p>Implementar política con procedimiento costo- beneficio y costo efectividad</p> <p>evaluar política con procedimiento costo- beneficio y costo efectividad</p>
<p align="center"><b>Estándar 132. Código: (GT3)</b>  <b>La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.</b></p>	<p>Adoptar indicadores y fichas en el manual de Tecnovigilancia según información de INVIMA</p> <p>Socializar los indicadores</p> <p>Implementación de indicadores</p> <p>Evaluación de los indicadores</p>
<p align="center"><b>Estándar 134. Código: (GT5)</b>  <b>La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado</b></p>	<p>Ajustar el procedimiento de mantenimiento en cuanto a contingencias para los equipos que no cuentan con back up</p> <p>socializarlo el procedimiento de mantenimiento en cuanto a contingencias para los equipos que no cuentan con back up</p> <p>implementar el procedimiento de mantenimiento en cuanto a contingencias para los equipos que no cuentan con back up</p> <p>Evaluar el procedimiento de mantenimiento en cuanto a contingencias para los equipos que no cuentan con back up</p>
<p align="center"><b>Estándar 136. Código: (GT7)</b>  <b>En las instituciones con sedes integradas en red, la gerencia de la red debe propender por la unificación de las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación, operativización y evaluación de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, de acuerdo con el</b></p>	<p>Documentar el procedimiento para elaboración del plan de mantenimiento incluyendo responsables e indicadores de medición</p> <p>Implementar el procedimiento para elaboración del plan de mantenimiento incluyendo responsables e indicadores de medición</p>

<b>grado de complejidad de los prestadores.</b>	Evaluar el procedimiento para elaboración del plan de mantenimiento incluyendo responsables e indicadores de medición
<b>TOTAL DE ACCIONES</b>	19

<b>ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<b>ESTANDARES DE GESTION INFORMACION</b>	
<b>Estándar 140. Código: (G11)</b> <b>Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización.</b>	Implementar el manual de gerencia de la información
	Consolidar la información producto de la recolección de datos establecidos en el manual de gerencia de la información
	Evaluar el manual de gerencia de la información con los indicadores establecidos
<b>Estándar 141. Código: (G12)</b> <b>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</b>	identificar las necesidades de información en cada uno de los procesos institucionales
	realizar ajustes al manual de acuerdo a los resultados encontrados
	socializar e implementar el manual ajustado
	evaluar según indicadores establecidos en el manual
<b>Estándar 144. Código: (G15)</b> <b>Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</b>	documentar el plan de seguridad y privacidad de la información
	socializar el plan de seguridad y privacidad de la información
	implementar el plan de seguridad y privacidad de la información
	evaluar el plan de seguridad y privacidad de la información
<b>Estándar 145. Código: (G16)</b> <b>Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información</b>	Formular el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI), de acuerdo con el marco de referencia de Arquitectura Empresarial del Estado
	Socializar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)

	Implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)
	Evaluar el Plan Estratégico de Tecnologías de Información (PETI)
<b>Estándar 147. Código: (G18)</b> <b>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.</b>	capacitar a los gerentes de proceso para que incluyan dentro del tablero de indicadores aquellos correspondientes a sus procesos
	realizar seguimiento a la implementación del tablero ajustado
	ajustar según resultados encontrados
	evaluar la funcionalidad de la herramienta
<b>Estándar 149. Código: (G110)</b> <b>Existe un plan de contingencia diseñado, 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.</b>	incluir en el plan de contingencias la prevención y manejo eventos adversos relacionados con los sistemas de información
	socializar plan de contingencias de sistemas de información ajustado
	implementación plan de contingencias de sistemas de la información
	evaluación plan de contingencias de sistemas de la información
<b>Estándar 152. Código: (G113)</b> <b>Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.</b>	ajustar procedimiento de comunicaciones teniendo en cuenta el estándar
	socializar el procedimiento de comunicaciones
	implementar procedimiento de comunicaciones
	evaluar procedimiento de comunicaciones y ajustar según resultados
<b>TOTAL ACCIONES</b>	<b>27</b>

<b>ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORAMIENTO</b>
<b>ESTANDARES MEJORAMIENTO DE CALIDAD</b>	
<b>Estándar 155. Código: (MCC2)</b> <b>La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación</b>	Identificar las posibles barreras del mejoramiento de la calidad elaborar un plan que permita gestionar las barreras del

	mejoramiento de la calidad
	socializar el plan de gestión de las barreras del mejoramiento de la calidad
<b>Estándar 156. Código: (MCC3):</b> <b>Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.</b>	Elaborar inventario de indicadores de calidad de prestación de servicios
	Elaboración de fichas de indicadores y tableros de monitorización
	Socializar las fichas técnicas y el tablero de indicadores
	Implementar los indicadores de calidad de prestación de servicios
	evaluar Y retroalimentar resultados del tablero de indicadores
<b>Estándar 157. Código: (MCC4):</b> <b>Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados</b>	identificar las necesidades de publicación de mejoramiento de la calidad y gestión realizada
	establecer los mecanismos de publicación de mejoramiento de la calidad y gestión realizada
	implementar los mecanismos mejoramiento de la calidad y gestión realizada
	evaluar los mecanismos de publicación del mejoramiento de la calidad y gestión realizada
<b>TOTAL ACCIONES</b>	12

#### f. INDICADORES DE CALIDAD ESPERADA VS CALIDAD OBSERVADA

INDICADOR	CALIDAD ESPERADA 2019	CALIDAD OBSERVADA 2018
Oportunidad de Consulta Médica General.	< = 3 DÍAS	2.09
Oportunidad de Consulta Odontológica General.	< = 3 DÍAS	2.88
Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación.	0.65	0,88
Adherencia a Guía de HTA.	0,75	0.96
Adherencia a Guía de Crecimiento y Desarrollo.	0,80	0.96
Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud PAMEC	90%	99%

**TABLA No. 6** indicadores de calidad deseada vs calidad esperada

#### g. PLANES DE MEJORAMIENTO

Se adjuntan en medio magnético

**5. CRONOGRAMA DE EJECUCION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO  
DE LA CALIDAD PAMEC 2019**

SALUD SOGAMOSO ESE												
CRONOGRAMA DEL PAMEC 2019												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
<b>GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO</b>												
Direccionamiento												
Gerencia												
Ambiente Físico												
Tecnología												
Recurso Humano												
Sistemas de Información												
<b>GRUPO DE ESTÁNDARES TRANSVERSALES</b>												
Seguridad del Paciente												
Deberes y Derechos												
Mejoramiento de la Calidad												

**TABLA No. 7** Cronograma De Auditoría Interna PAMEC 2019