KIBA I.P.S SANIDAD INTEGRAL	**FORMATO DE CONSOLIDACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN**	**Código:**	**Versión:**
		SIG-GAS-FR-14	**V1**
		Fecha De Emisión:	
		8/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: **Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.**

Fecha: **Jan-24**

DERECHOS DE LOS PACIENTES

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 herramientas para evaluar que los pacientes y el personal 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:

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3	4	4	4	64

FORTALEZA

Existe la declaracion de los derechos y deberes de los usuarios.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Realizar la socializacion de los derechos y deberes de los pacientes a

EVIDENCIAS

1. Declaracion de los derechos y deberes de los usuarios.
2. folletos de la declaracion de los deberes y derechos de los usuarios. 3

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

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	64

FORTALEZA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Definir el codigo de etica y el código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico teniendo en cuenta los criterios del Estandar

EVIDENCIAS

Asegurarse de que el código de ética y el código de buen gobierno estén

SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTANDAR No. 5 Código: (AsSP1)

La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:

Criterios:

• Una estructura funcional para la seguridad del paciente.
• La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.
• Monitorización de eventos adversos.
• Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.
• Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1.9	4	5	5	100

FORTALEZA

La organización cuenta con el programa de seguridad del paciente.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Implementar en la organización el programa de seguridad del paciente.
2. Realizar la medicion de los indicadores definidos en el programa de seguridad del paciente.

EVIDENCIAS

Programa de seguridad del paciente

ESTANDAR No. 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

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3				

FORTALEZA

implementación de un programa de seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye: **Criterios:** • 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. • A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.	Se evidencia la creacion de el comité de seguridad del paciente, mediante la resolucion. **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1.Desplegar la politica de seguridad del paciente, crear mecanismos para la medicion de la cultura de seguridad (que incluya la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas). **EVIDENCIAS** Resolucion de creacion del comité de seguridad del paciente. 2. Actas comité de seguridad del paciente.											5	5	5	125
ESTANDAR No. 7 Código: (AsSP3)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. **Criterios:** Procesos institucionales seguros: • Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada gama de herramientas para la identificación y gestión de	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	125
	FORTALEZA Garantiza la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Diseñar e implementar la guia de buenas practicas en seguridad del **EVIDENCIAS** Informe de Indicadores de eventos adversos														
ESTANDAR 8. Código: (AsSP4)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones. **Criterios:** • El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización. • El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	125
	FORTALEZA Están identificadas las responsabilidades para la prevención de **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Publicar y sociliaciar el protocologo lavado de manos. **EVIDENCIAS** 1. Registro de Socialización del protocolo de lavado de mano.														
ACCESO															
ESTANDAR No. 9 Código: (AsAC1)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. **Criterios:** • 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.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	125
	FORTALEZA Desde el ingreso, se hace identificación de riesgos de la atención de **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Diseñar mecanismos para garantizar al 100% el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, ademas evaluar las barreras del acceso y se desarrollan acciones de **EVIDENCIAS** 1. Protocolo de indentificación del paciente														
ESTANDAR No. 11 Código: (AsPL11)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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: **Criterios:** • Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. • La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	4	48
	FORTALEZA NA **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Diseñar, implementar y evaluar el ciclo de atencion del usuario desde que **EVIDENCIAS** Registro de Seguimiento y PQRS														
ESTANDAR No. 12 Código: (AsAC4)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5				

solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención. **Criterios:** • En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles.	**FORTALEZA** Se ofrece al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Diseñar mecanismo para garantizar el derecho el usuario a solicitar la **EVIDENCIAS** Seguimiento de oportunidad en la IPS	4	4	4	64

ESTANDAR No. 13 Código: (AsAC5)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	64

FORTALEZA
La IPS tiene en cuenta la capacidad instalada, realiza analisis de
OPORTUNIDADES DE MEJORA
1. Definir los indicadores de oportunidad que le aplican a la IPS.
EVIDENCIAS
1. Formato de Capacidad instalada.

ESTANDAR No. 14 Código: (AsAC6)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. **Criterios:** En caso de no atención a los usuarios, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación, análisis e información sobre las causas de desatención. La organización tiene definidos los siguientes indicadores y estándares para el acceso: • Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta. • Tiempos de espera en los diferentes momentos del acceso a los servicios	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	64

FORTALEZA
La organización tiene definidos indicadores y estándares para el acceso y
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar los mecanismos para garantizar a todos los usuarios sobre los servicios que la institucion 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.
EVIDENCIAS
1. Indicadores de Oportunidad

ESTANDAR No. 15 Código: (AsAC7)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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.	3	3	3	2	2	1	1	1	1	1	1.8	4	4	4	64

FORTALEZA
La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Estandarizar la asignación de citas y autorización de las mismas a los
EVIDENCIAS
Indicadores de Calidad

REGISTRO E INGRESO

ESTANDAR No.16 Código: (AsAC8)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios. **Criterios:** • El sistema de asignación de citas podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (call centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, internet, etc.). La organización realiza mediciones para la mejora de la efectividad de estos medios. • El sistema cuenta con las bases de datos actualizadas de los usuarios con derecho a recibir servicios en la (las) entidad(es) prestadora(s),	3	3	3	2	2	1		1	1	1	1.7	3	4	4	48

FORTALEZA
Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios,
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Estandarizar 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
EVIDENCIAS
Indicadores de Calidad

ESTANDAR No. 17 Código: (AsREG1)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. **Criterios:** • 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	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3	4	3	4	48

FORTALEZA
Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario, debe cumplir
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Estandarizar la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia
EVIDENCIAS
listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.

ESTANDAR No. 18 Código: (AsREG2)	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	TOTAL

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: • Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. • Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación. Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación. • La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento. • Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	FORTALEZA En su mayoría, Los ususarios y sus acompañantes conocen el sistema de alarmas, timbres y evacuación, debido a su correcta señalización **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1.Revisar y actualizar los formularios de registro para asegurar que capturen todos los datos requeridos por el estándar. 2. Proporcionar capacitación adicional al personal encargado del registro y documentación para garantizar la comprensión completa de los requisitos. 3.Implementar un sistema de verificación interna regular para asegurar el **EVIDENCIAS** Registros de comités de SST											5	5	5	125
ESTANDAR No. 19 Código: (AsREG3)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención. Estas guías o protocolos: **Criterios:** • Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios. • Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	FORTALEZA Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Definir , diseñar, implementar, divulgar y evaluar los protocolos y guias **EVIDENCIAS** Guias de atención											4	4	4	64
ESTANDAR No. 20 Código: (AsEV2)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento. Incluye: **Criterios:** • La definición del alcance y contenido mínimo de la identificación de necesidades del usuario por cada servicio de la organización. • La definición de quién puede evaluar las necesidades de los pacientes. • El equipo de salud realiza la identificación de necesidades de los	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	FORTALEZA Tienen definido el alcance y contenido mínimo de la identificación de **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Diseñar mecanismos para Identificar , evalúa y da respuesta a las **EVIDENCIAS** Registros											4	4	4	64
ESTANDAR No. 21 Código: (AsEV3)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. **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. • Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.1				
	FORTALEZAS 1. Se basa en las mejores prácticas y recomendaciones científicas disponibles. 2. Garantiza la eficacia y eficiencia de las intervenciones. **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Implementar un programa integral de promoción y prevención de **EVIDENCIAS** Politica de promoción y prevención Registro de actividades											5	4	5	100
ESTANDAR No. 24 Código: (AsPL2)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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: **Criterios:** • Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6				
	FORTALEZAS Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Incluir criterios especificos para la gestión de seguridad del paciente. **EVIDENCIAS** 1. Capacitaciones y/o socializaciones de las diferentes guías y adherencias											5	4	5	100
ESTANDAR No. 28 Código: (AsPL6)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. **Criterios:** • En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nuevas evidencia	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3				
	FORTALEZAS Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Implementación de canales de comunicación eficientes **EVIDENCIAS**											5	3	3	45

periodicamente con base en nueva evidencia.
• Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los

Procedimientos para la consecución de los resultados

ESTANDAR No. 30 Código: (AsPL8)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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, mas no se restringen a: **Criterios:** • Salud sexual y reproductiva. • Crecimiento y desarrollo. • Programas nutricionales y alimentarios.	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3	3	3	5	45

FORTALEZAS
1. La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Desarrollo de programas de prevención integral

EVIDENCIAS
Implementación de los programas, registro documental de actividades y

ESTANDAR No. 32 Código: (AsPL10)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas. **Criterios:** • Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	5	30

FORTALEZAS
1. El consentimiento informado incluye, como mínimo, los beneficios, los

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar el proceso de consecución y verificación del entendimiento del

EVIDENCIAS
videos informativos, sesiones de orientación individualizadas y la

ESTANDAR No. 33 Código: (AsPL11)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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: **Criterios:** • Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. • La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	4	80

FORTALEZAS
Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus

OPORTUNIDADES DE MEJORA
1. Diseñar, implementar, socializar y evaluar la política de atención humanizada como elemento fundamental del respeto, dignidad y

EVIDENCIAS
Política documentada que articule claramente los principios de atención

ESTANDAR No. 40 Código: (AsPL18)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos son basados en guías o protocolos que incluyen: **Criterios:** • Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección. • Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento. • Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	125

FORTALEZAS
Realizan esterilización acorde con las necesidades de los servicios.

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Revisar y actualizar regularmente los protocolos y guías de prevención y control de infecciones para garantizar su alineación con las mejores prácticas actuales y las recomendaciones de salud pública.

EVIDENCIAS
Programa de revisión periódica de los protocolos y guías de prevención y

ESTANDAR No. 41 Código: (AsEJ1)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido para tal fin. **Criterios:** • La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo;	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5	4	2	4	32

FORTALEZAS
La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Implementar un enfoque más robusto para fortalecer el trabajo en equipo

EVIDENCIAS
Implementación de programas de capacitación y desarrollo profesional

ESTANDAR No. 42 Código: (AsEJ2)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo: **Criterios:** El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma: • Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos. • El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben,	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4	3	3	5	45

FORTALEZAS
se aseguran de que el ususario y su familia entienden lo que les estan

OPORTUNIDADES DE MEJORA
Programar sesiones educativas periódicas para los usuarios y sus

EVIDENCIAS
Registro de programa y capacitaciones

ESTANDAR No. 43 Código: (AsEJ3)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					

El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible. **Criterios:** • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica. • La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5				
	FORTALEZAS											4	3	4	48
	Hacen periodicamente evaluacion interna de las historias clinicas,														
	OPORTUNIDADES DE MEJORA														
	Fortalecimiento de la monitorización y adherencia a las guias de practicas														
	EVIDENCIAS														
	Implementación de un proceso estructurado y sistemático de revisión de historias clínicas realizado por pares para evaluar la conformidad con las														
ESTANDAR No. 44	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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). **Criterios:** • 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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	FORTALEZAS											4	5	4	80
	Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de														
	OPORTUNIDADES DE MEJORA														
	1. Implementar un sistema de información que proporcione una														
	EVIDENCIAS														
	Desarrollar una plataforma en línea o un sistema de gestión de citas que permita a los usuarios acceder fácilmente a información actualizada sobre los servicios disponibles, los horarios de atención, los especialistas disponibles, las ubicaciones de las clínicas y cualquier otro detalle relevante.														
ESTANDAR No. 45 Código: (AsEJ5)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante. **Criterios:** • El profesional tratante debe estar informado de este derecho.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5				
	FORTALEZAS											4	4	4	64
	Se refleja una atención integral y colaborativa														
	OPORTUNIDADES DE MEJORA														
	Proporcionar información clara y accesible a los usuarios sobre su														
	EVIDENCIAS														
	Carteles, uso de TIC														
ESTANDAR No. 46 Código: (AsEJ6)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto. **Criterios:** • Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención. • El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3				
	FORTALEZAS											4	4	4	64
	El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un														
	OPORTUNIDADES DE MEJORA														
	Desarrollar programas educativos específicos que aborden los temas														
	EVIDENCIAS														
	Registro de programa y capacitaciones														
ESTANDAR No. 47 Código: (AsEVA1)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. **Criterios:** • La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.7				
	FORTALEZAS											4	4	4	64
	La organización realiza evaluación periodica de las historias clinicas y/o														
	OPORTUNIDADES DE MEJORA														
	Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de los resultados														
	EVIDENCIAS														
	listas de Chequeo de verificación de HC														
SALIDA Y SEGUIMIENTO															
ESTANDAR No 48 Código: (AsEVA2)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
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. Incluye: **Criterios:**	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3				
	FORTALEZAS											5	4	4	80
	La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza														
	OPORTUNIDADES DE MEJORA														
	1. Definir y monitorear indicadores clave de desempeño relacionados con														
	EVIDENCIAS														
	1. Indicadores de desempeño														
ESTANDAR No. 51 Código: (AsSAL1)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACION**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. Incluye:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	FORTALEZAS														
	Existen estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo														

Criterios: • Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. • Cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. • Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa	**OPORTUNIDADES DE MEJORA** Definir 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.teniendo en cuenta los criterios del estandar. **EVIDENCIAS** 1.Documentación de Acciones de Mejoramiento	4	4	4	64
ESTANDAR No. 52 Código: (AsSAL2)	**ENFOQUE** 2 2 2 / **IMPLEMENTACION** 1 1 / **RESULTADO** 2 2 1 1 1 / **TOTAL** 1.5	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
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. **Criterios:** • La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de	**FORTALEZAS** La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Implementación de nuevas alianzas y colaboraciones. **EVIDENCIAS** Programas de participación	5	4	4	80
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA					
ESTANDAR No. 59 Código: (AsSIR1)	**ENFOQUE** S&A P E&M / **IMPLEMENTACION** INST I & E / **RESULTADO** P C AM T C / **TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en funciónde ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	2 2 2 2 1 1 1 1 1 1 1.4 **FORTALEZA** Realiza Alianzas que favorecen la cobertura de la necesidad del usuario **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Promoción de la participación social **EVIDENCIAS** Reportes y actividades de PPS	4	4	4	64
ESTANDAR No. 60 Código: (AsSIR2)	**ENFOQUE** S&A P E&M / **IMPLEMENTACION** INST I & E / **RESULTADO** P C AM T C / **TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
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.	2 2 2 1 1 1 1 1 1 1 1.3 **FORTALEZA** Comunicación acertiva respecto los servicios de cada prestador **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Actualización y Publicación de Información en Plataformas Digitales **EVIDENCIAS** Materiales de Comunicación Actualizados	4	4	4	64
ESTANDAR No. 65 Código: (AsSIR7)	**ENFOQUE** S&A P E&M / **IMPLEMENTACION** INST I & E / **RESULTADO** P C AM T C / **TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes. 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.	2 2 2 2 2 1 1 1 1 1 1.5 **FORTALEZA** Acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta **OPORTUNIDADES DE MEJORA** 1. Desarrollo de protocolos de seguridad de datos **EVIDENCIAS** Registro de capacitaciones e implementación del protocolo	4	4	5	80
ESTANDAR No. 66 Código: (AsSIR8)	**ENFOQUE** S&A P E&M / **IMPLEMENTACION** INST I & E / **RESULTADO** P C AM T C / **TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel). **Criterio:** • El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia.	2 2 2 2 2 1 1 1 1 1 1.5 **FORTALEZA** Se garantiza el derecho del usuario, puede solicitar la cita en la IPS de su **OPORTUNIDADES DE MEJORA** Estandarización de formatos y procedimiento Monitoreo y auditoría del software médico **EVIDENCIAS** Estandares y protocolos establecidos	3	5	5	75

ESTANDAR No. 67 Código: (AsSIR9)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4				
Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, tanto en contenidos clínicos como administrativos. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.	FORTALEZA: Garantizan la continuidad de los cuidados del paciente a través del OPORTUNIDADES DE MEJORA: estandarizar los registros clínicos y administrativos, asegurando que la EVIDENCIAS: Registros e Indicadores de Calidad											3	3	4	36

ESTANDAR No. 68 Código: (AsSIR10)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3				
Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	FORTALEZA: NA OPORTUNIDADES DE MEJORA: Establecer un proceso de monitoreo continuo del desempeño de la red y de cada prestador individual, utilizando los indicadores definidos EVIDENCIAS: Registros de Capacitación en el Uso del Sistema por Parte del Personal y											4	4	4	64

ESTANDAR No. 69 Código: (AsSIR11)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3				
La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos. Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	FORTALEZA: cada una de estas atenciones es evaluada y el estado de salud del mismo OPORTUNIDADES DE MEJORA: Establecer protocolos y procedimientos estandarizados para la evaluación EVIDENCIAS: Registros de Capacitación en el Uso del Sistema por Parte del Personal y											3	3	3	27

ESTANDAR No. 70 Código: (AsSIR12)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5				
La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia. La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos. Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador	FORTALEZA: La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la OPORTUNIDADES DE MEJORA: Desafrollo de canales de comunicación EVIDENCIAS: Documentación proporsional al estandar											4	4	4	64

Estandar No 71 Código: (AsSIR13)	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4				
La gerencia de la red debe articular 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.	FORTALEZA: La gerencia de la red articula las tecnologías de soporte clínico y de soporte administrativo.														

	OPORTUNIDADES DE MEJORA											5	5	5	125
	1. Implementación y monitoreo del cumplimiento y eficiencia del sistema tanto administrativo como médico.														
	EVIDENCIAS														
	1.Documentación de Acciones de Mejoramiento														
ESTANDAR No 75 Código: (AsMCC1)	**ENFOQUE**			**IMPLEMENTACIÓN**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C					
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3	4	4	4	64
Criterios:	**FORTALEZA**														
• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.	Realizan remosiòn de las barreras de mejoramiento por parte de los														
• La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.	**OPORTUNIDADES DE MEJORA**														
	Implementación de oportunidades de mejora priorizadas,es procesos y grupos de estándares realizar el seguimiento a los resultados del														
	EVIDENCIAS														
	1.Documentación de Acciones de Mejoramiento														
												PRIORIZACIÓN OP > 75			

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: Grupo de estándares de direccionamiento
Fecha: Jan-24

ESTANDAR No. 76 Código: (DIR1)

Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes -
Criterios:
• La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
• Aspectos éticos y normativos.
• Los cambios del entorno.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	15

FORTALEZA
Existe un direccionamiento estrategico de la empresa, se evidencia la mision y la vision, valores.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Realizar las politicas de humanizacion, atencion centrada en el usuario politica de la tecnologia.
EVIDENCIAS
Se define la Mision y Vision de la organizacion, la politica y objetivos de calidad, junto con los

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	4	3	36

ESTANDAR No. 77 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.
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.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	12

FORTALEZA
Se han asignado y aprobado recursos financieros, fisicos y talento humano al plan estratégico
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar los objetivos del plan estrategico de la organización priorizarlos, ejecutarlos y evaluarlos.
EVIDENCIAS
PAMEC actual

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	3	48

ESTANDAR No. 78 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.

• Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

FORTALEZA
NA
OPORTUNIDADES DE MEJORA
1. Realizar y desplegar el plan estratégico de la organización. Realizar el seguimiento al plan
EVIDENCIAS
PAMEC actual

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	2	24

ESTANDAR No. 79 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.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12

FORTALEZA
la organización cuenta con el programa de seguridad del paciente, se realizan los comites de
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Promover la política de humanizacion, atencion centrada en el usuario, la gestion del riesgo y
EVIDENCIAS
Existe la política de seguridad del paciente. Existe el acta de Resolucion del Comité de Seguridad

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	5	60

ESTANDAR No. 80 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 frente a las desviaciones encontradas.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

FORTALEZA
Si se encuentran desviaciones frente a la política de humanización, se toman correctivos.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
1. Diseñar, implementar, socializar y medir la politica de humanizacion.
EVIDENCIAS
Politica y registro de socialización de la politica de humanización

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	5	80

ESTANDAR No. 81 Código: (DIR.6)

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.
Criterios:
• La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores.
• La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

FORTALEZA
La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar, implementar, socializar y evaluar la política de prestación de servicios de salud
EVIDENCIAS
Estructuras y instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc... a fin de aplicar la

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 82 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.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

FORTALEZA
El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Evidenciar en el mapa de procesos el proceso financiero, definir sus indicadores de gestion y
EVIDENCIAS
Indicadores de gestión

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 83 Código: (DIR8)

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, le hace seguimiento a:
Criterios:
• Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.
• Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.
• Evaluación de los riesgos de la calidad, y su mejoramiento.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

FORTALEZA
Con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar los indicadoresde gestion clínica con base en el modelo de prestacion de servicio de la
EVIDENCIAS
Indicadores de gestión del riesgo

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
5	3	4	60

ESTANDAR No. 84 Código: (DIR9)

La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.
Criterios
• Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
• Inducción y reinducción.
• Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.
• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	15

FORTALEZA
Exite el programa de seguridad del paciente.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Alinear el direccionamiento estrategico con seguridad del paciente, humanizacion, gestion del riesgo y de la tecnologia. Diseñar e implementar el procedimiento de induccion y reinduccion de los colaboradores de la organización. Realizar la evaluacion de desempeño de los colaboradores.
EVIDENCIAS
programa de seguridad del paciente, actas de comites

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 85 Código: (DIR10)

Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.
Criterios:
• Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.
• La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.
• Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.
• Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	13

FORTALEZA
NA
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Realizar el proceso y procedimiento de asesoría y educacion continua a la junta directiva.
EVIDENCIAS
Registro de capacitaciones y actividades educativas

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	3	3	27

ESTANDAR No. 86 Código: (DIR11)

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.
Criterios:
• El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece:

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	14

FORTALEZA
El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Desarrollar indicadores específicos para evaluar la efectividad de los mecanismos de sinergia y
EVIDENCIAS
Indicadores y Alianzas

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	3	3	27

ESTANDAR No. 88 Código: (DIRMCC1) (ESTANDAR DE MEJORAMIENTO)

• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
• La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.
• La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
• El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el

ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	13

FORTALEZA
Realizan remoción de las barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación,
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Incluir en las oportunidades de mejora relacionadas con este proceso, el enfoque organizacional
EVIDENCIAS
Resultados PAMEC

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
5	4	5	100

PRIORIZACIÓN OP > 75

KIBA IPS SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC ESTANDARES DE ACREDITACION	Código: SIG-GAS-PR-18	Versión: V3
		Fecha De Emisión: 6/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: *Grupo de estándares de gerencia*
Fecha: *Jan-24*

ESTANDAR No. 89 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.
Criterios:
• Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.
• Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.
• La descripción del proceso de atención al cliente.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	1	1		1	1	1	1	1	14	4	4	4	64

FORTALEZA
La organización tiene la descripción del proceso de atención al cliente.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Redisefiar el proceso de atencion al cliente incluyendo al cliente externo y al cliente interno, incluyendo una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores, un grupo o equipo para planear y dar respuestas las necesidades y evaluar la efectividad de las
EVIDENCIAS
Formato del proceso de atención

ESTANDAR No. 90 Código: (GER. 2)

La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	2	2		2	1	1	1	1	14	3	4	5	60

FORTALEZA
La alta dirección promueve competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar, socializar e implementar una estrategia de comunicación para el cambio de
EVIDENCIAS
Registro de entrenamiento

ESTANDAR No. 91 Código: (GER. 3)

Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	1	1		1	1	1	1	1	14	5	3	5	75

FORTALEZA
NA
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar una política organizacional para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud
EVIDENCIAS
Política organizacional

ESTANDAR No. 92 Código: (GER. 4)

La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:
criterios:
Responde a una política organizacional.
• Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.
• Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	11	4	4	4	64

FORTALEZA
El sistema de gestión del riesgo realiza procesos de evaluación y mejora.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar un proceso para la referenciacion en el que se prioritan las prácticas que son objeto de
EVIDENCIAS
Matriz del riesgo e indicadores

ESTANDAR No. 93 Código: (GER. 5)

La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:
criterios:
• Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la mirema.
• Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos coordinarios de referencia, indicadores, metas, etc.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	11	4	4	4	64

FORTALEZA
Tienen una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Implementar una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos, utilizando
EVIDENCIAS
Actividades de mejora y documentación del proceso

ESTANDAR No. 94 Código: (GER. 6)

Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:
Criterios:
• Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.
• Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.
• Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
• Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.
• Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	11	4	4	4	64

FORTALEZA
Hay apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Integrar al proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad promover la interacción de la
EVIDENCIAS
Políticas institucionales de: seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la

ESTANDAR No. 96 Código: (GER. 8)

La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	2	2		2	1	1	1	1	15	3	4	5	60

FORTALEZA
La gerencia garantiza el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Implementar un sistema de gestión de calidad centrado en el paciente en todas las unidades
EVIDENCIAS
Mantener un registro de los objetivos organizacionales establecidos para cada unidad funcional.

ESTANDAR No. 97 Código: (GER.9)

La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.
Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:
Criterios:
• Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. • Respeto. • Comunicación.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	1	1		1	1	1	1	1	13	3	5	4	60

FORTALEZA
La gerencia garantiza el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Socialización de politica y derechos de los diferentes criterios
EVIDENCIAS
Mantener un registro de los objetivos organizacionales establecidos para cada unidad funcional.

ESTANDAR No. 98 Código: (GER.10)

Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. El proceso contempla Criterios:
• Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.
• Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	11	4	4	4	64

FORTALEZA
Los clientes internos, el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar e implementar una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de
EVIDENCIAS
Proporcionar evidencia de la implementación de programas de capacitación periódicos sobre

ESTANDAR No. 99 Código: (GER.11)

Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de:
Criterios:
• Revisión de prioridades en el plan estratégico.
• Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.
• Evaluación de los recursos disponibles.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	2	1		1	1	1	1	1	14	4	4	4	64

FORTALEZA
Realizan evaluación de los recursos disponibles, balancan de oferta y demanda
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar el proceso de asignacion y gestion de recursos financieros, fisicos, tecnologicos y del
EVIDENCIAS
Informe de gestión administrativa

ESTANDAR No. 100 (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 de la cartera.
• Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	2	1		1	1	1	1	1	15	5	5	4	100

FORTALEZA
Realizan la gestión de inventarios Realizan la gestión de seguros Realizan seguimiento de
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Documentación que demuestra la monitorización regular del presupuesto de la organización y de
EVIDENCIAS
Documentación que evidencia la gestión de seguros de la organización, incluyendo pólizas

ESTANDAR No. 101 Código: (GER.13)

Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:
Criterios:
• Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado.
• El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios

ENFOQUE			IMPLEMENTACIO			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	EAM	INST	I & E		P	C	AM	T	C					
2	2	2	2	2		2	1	1	1	1	15	4	4	4	64

FORTALEZA
Se cuentan con mecanismos participativos de seguimiento de la calidad de los servicios
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Implementación de evaluaciones periodicas
EVIDENCIAS
Documentación de requisitos y acuerdos de servicio

PRIORIZACION OP > 75

		Código: SG-GAS-PR-14	Versión: 01
KIBA IPS SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC-ESTANDARES DE ACREDITACION	Fecha De Emisión: 8/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: Grupo de estándares de gerencia del talento humano
Fecha: Jan-24

Estandar No. 103 Código: (GERMCC1) (Estandar de mejoramiento)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:
Criterios:
- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14

FORTALEZA
1.Se cuenta con un Procedimiento de Acción Correctiva y un Procedimiento de Acción Preventiva.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
1.La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos ve
EVIDENCIAS
1. Procedimiento de Acciones Correctivas, Procedimiento de Acciones Preventivas.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
5	3	5	75

Estandar No. 106 Código: (TH3)

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 y tiene en cuenta:
Criterios:
- Requisitos y perfil del cargo.
- Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.
- Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	13

FORTALEZA
1. En talento humano se tienen en cuenta los requisitos y perfil del cargo.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Elaborar el procedimiento de planeacion del talento humano iniciando por el area asistencia donde
EVIDENCIAS
Documentación de Planes de Acción para Oportunidades de Mejora Priorizadas.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

Estandar No 111 Código: (TH8)

La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica.
Criterios:
- La competencia es evaluada desde el proceso de selección.
- El desempeño es evaluado y documentado durante el Período de prueba, cuando aplique.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	15

FORTALEZA
1. En la organización la competencia es evaluada desde el proceso de selección.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar una estrategia que garantice el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los
EVIDENCIAS
Registro de inducción y comités institucionales.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

Estandar No 113 Código: (TH10)

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.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

FORTALEZA
La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva y los
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar e implementar una estrategia de comunicación efectiva en la IPS e incorporarla en la
EVIDENCIAS
Políticas institucionales y actas de comité institucional

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	5	60

Estandar No. 114 Código: (TH11)

En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.
Criterios:
- Se realiza evaluación de la cultura organizacional.
- Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados.
- Se ejecutan acciones de mejora para impactar la transformación.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14

FORTALEZA
Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar e implementar la evaluación de la cultura organizacional, identificando los elementos clave
EVIDENCIAS
Socializaciones y actividades representativas

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

Estandar No. 115 Código: (TH12)

La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores. Se incluye:
Criterios:
- Trato humano cálido, cortés y respetuoso.
- Consideración del entorno personal y familiar.
- Análisis del panorama de riesgos.
- Remuneraciones, incentivos y bienestar.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

FORTALEZA
Hay análisis del panorama de riesgos. Promueven un buen ambiente de trabajo.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar e implementar estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los
EVIDENCIAS
Documentación que detalle los programas y estrategias diseñadas e implementadas para

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 116 Código: (TH13)

La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Ésto considera si:
Criterios:
- Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores.
- A partir de los resultados evaluados se generarán planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14

FORTALEZA
A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Implementar un sistema estructurado de supervisión, asesoría y acompañamiento para el personal
EVIDENCIAS
Evidencia de que el personal en prácticas formativas recibe retroalimentación regular sobre su

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 119 Código: (TH16)

Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14

FORTALEZA
Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en
OPORTUNIDADES DE MEJORA
capacitar al personal de la institución, incluidos los supervisores de prácticas formativas, sobre los
EVIDENCIAS
Formato de deberes y derechos del paciente, socializado.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	3	4	36

ESTANDAR 120 Código: (THMCC1)

La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el talento humano, 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:
- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18

FORTALEZA
NA
OPORTUNIDADES DE MEJORA
La organización podría fortalecer su proceso para identificar y responder a las necesidades
EVIDENCIAS
Informe PAMEC

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	5	4	60

PRIORIZACIÓN OP > 75

KIBA IPS SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC ESTANDARES DE ACREDITACION	Código: SG-GAUR-16	Versión: V1
		Fecha De Emisión: 8/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
Fecha: Jan-24

ESTANDAR No. 121 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.
• Mejoramiento de la seguridad en procesos de la seguridad del paciente, entre organizaciones

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
4	4	2	2	2	1	1	1	1	1	19

FORTALEZA
Se cuenta con el sistema de gestion de salud y seguridad en el trabajo implementado.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Alinear con la plataforma estrategica el enfoque a riesgos y oportunidades de la
EVIDENCIAS
Sistema de Gestion de salud y seguridad en el trabajo, Plan de Emergencia, Programas

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	3	36

ESTANDAR No. 122 Código: (GAF2)

La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.
Criterios:
• La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.
• Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.
• La organización tiene establecido un mecanismo para identificar e investigar los incidentes y

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓ		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	17

FORTALEZA
La organización cuenta con procedimiento para la identificacion de accidentes y
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar, implementar y evaluar la política de uso y reuso de dispositivos medicos.
EVIDENCIAS
Política de uso y reuso, contrato de esterilización, control y cadena de frio

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 123 Código: (GAF3)

La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye:
Criterios:
• Política de gestión ambiental responsable.
• Fomento de una cultura ecológica.
• Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).
• Reciclaje.
• Riesgos de contaminación ambiental.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18

FORTALEZA
La organización cuenta con el Plan de Gestion de residuos hospitalarios y similares, el
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Realizar la solicitud al IDEAM, para la inscripcion al RESPEL. Diseñar, implementar y
EVIDENCIAS
Seguimiento de reportes de gestion de residuos RH1 y cumplimiento de capacitaciones

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
5	5	4	100

ESTANDAR No. 124 Código: (GAF4)

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

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	15

FORTALEZA
Cuenta con el Plan de Gestion Integral de residuos hospitalarios.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Adquirir los EPP nombrados en el PGIRH. Diseñar una estrategia para informacion a
EVIDENCIAS
Formato de entrega de EPP y compromisos, Capacitaciones del personal encargado.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
5	4	3	60

ESTANDAR No. 125 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 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

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12

FORTALEZA
La organización cuenta con un plan de emergencias donde estan involucradas todas las
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Planificar ejercicios de emergencias y desastres con el objetivo de mirar las falencias de
EVIDENCIAS
Plan de emergencias organizacional, infraestructura adecuada

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
5	4	3	60

ESTANDAR No. 128 Código: (GAF8)

La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	14

FORTALEZA
La IPS cuenta con la politica de No consumo de alcohol, tabaco y sustancias
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Difundir la politica en toda la organización y medir la adherencia del personal a la politica.
EVIDENCIAS
Señalización en la estructura de la IPS

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	3	3	27

ESTANDAR No. 129 Código: (GAF9)

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. Incluye:
Criterios:
• Condiciones de humedad, ruido, iluminación.
• Promoción de condiciones de silencio.
• Señalización adecuada, sencilla y suficiente.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	17

FORTALEZA
Correcta iluminación, salas de espera conformables.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar un proceso que garantice condiciones de privacidad, respeto, comodidad, para
EVIDENCIAS
Infraestructura adecuada

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	4	3	36

ESTANDAR No. 130 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.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	16

FORTALEZA
Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Brindar capacitación al personal involucrado en los procesos de construcción.
EVIDENCIAS
Solicitudes de mantenimiento a tiempo

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 131 Código: (GAFMCC1) (ESTANDAR DE MEJORAMIENTO)

La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:
Criterios:
• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
• La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.
• La articulación, de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADO					TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	13

FORTALEZA
Realizan remoción de las barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Priorización de Oportunidades de Mejora. Establecer un proceso estructurado para
EVIDENCIAS
Informe PAMEC

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

PRIORIZACIÓN OP > 75

KIBA IPS SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC ESTANDARES DE ACREDITACION	Código: SIG-GAS-PA-14	Versión: 01
		Fecha De Emisión: 8/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: **Grupo de estándares de gestión de la tecnología**
Fecha: **Jahoy**

ESTANDAR No. 132 Código: (GT1)	ENFOQUE		IMPLEMENTA		RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	15			
Criterios:							**FORTALEZA**							
• 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. • Capacidad instalada	1. La IPS cuenta con análisis de la relación oferta-demanda.										5	4	5	100
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Definir el proceso que permita la planeacion, evaluacion y gestion de la tecnologia.													
							EVIDENCIAS							
	Registros de los procesos definidos													
ESTANDAR No. 133 Código: (GT2)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. Incluye:	2	1	1	1	1	1	1	1	1	11				
Criterios:							**FORTALEZA**							
• 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 IPS cuenta con procesos de Dotación y tecnologia definidos										4	5	4	80
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Diseñar una política desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la adquisicion,													
							EVIDENCIAS							
	Cronograma de mantenimiento, hoja de vida de equipos, certificados de calibración y													
ESTANDAR No. 134 Código: (GT4)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.	2	2	2	2	2	2	1	1	1	14				
							FORTALEZA							
	Realizan la revisión sistemática del parque tecnológico y cuentan con el soporte técnico para el													
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Diseñar una política desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la monitorizacion y										3	5	4	60
							EVIDENCIAS							
	Politicas y programas de control de la tecnologia.													
ESTANDAR No. 136 Código: (GT6)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:	2	2	2	2	2	1	1	1	1	14				
Criterios:							**FORTALEZA**							
• Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías. • Confiabilidad, y seguridad.	Se evidencia que el personal encargado de esto tiene conocimiento y el entrenamiento necesario.										4	4	4	64
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Definir una política para la renovación de la tecnología													
							EVIDENCIAS							
	Politicas y programas de control de la tecnologia.													
ESTANDAR No. 137 Código: (GT6)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:	2	2	2	1	1	1	1	1	1	13				
Criterios:							**FORTALEZA**							
• Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar. • Beneficios en comparación con nuevas tecnologías.	Tienen definidas las facilidades y servicios para los colaboradores que utilizan la tecnología y										4	4	4	64
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Desde el punto de atencion la gerencia debe propender por la unificación de las tecnologias													
							EVIDENCIAS							
	Seguimiento y control de las tecnologias													
ESTANDAR No. 138 Código: (GT7)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
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 grado de complejidad de los prestadores.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10				
							FORTALEZA							
	NA										4	4	4	64
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Desde el punto de atencion Pensiamo la gerencia debe propender por la unificación de las													
							EVIDENCIAS							
Criterios:	NA													
ESTANDAR No. 139 Código: (GT8)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
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 grado de complejidad de los prestadores.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	15				
							FORTALEZA							
	NA										5	4	5	100
							OPORTUNIDADES DE MEJORA							
	Planificación y Diseño de Programas: Documentación que describa los programas diseñados													
							EVIDENCIAS							
	Documentación de Análisis de Costo-Beneficio, actividades de Implementación y Seguimiento.													
ESTANDAR No. 141 Código: (GTMCC1)ESTANDAR DE MEJORAMIENTO)	**ENFOQUE**		**IMPLEMENTA**		**RESULTADO**					**TOTAL**	**RIESGO**	**COSTO**	**VOLUMEN**	**TOTAL**
	S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C				
La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional del mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:	2	2	2	2	2	2	2	1	1	16				
							FORTALEZA							
Criterios:	La gestion de la articulación de oportunidades de mejora sus tiene relación entre los													
• El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras del mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.							**OPORTUNIDADES DE MEJORA**				4	4	4	64
	Establecer las oportunidades de mejora de acuerdo a los criterios del estándar													
							EVIDENCIAS							
	Priorización de plan de mejora, PAMEC													

PRIORIZACIÓN OP > 75

KIBA IPS SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC-ESTANDARES DE ACREDITACION	Código: SG-GAG-FR-14	Versión: V1
		Fecha De Emisión: 8/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: **Grupo de estándares de gerencia de la información**
Fecha: **Jan-24**

ESTANDAR No. 142 Código: (GI1)

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. Esto incluye las necesidades:
Criterios:
• Identificadas en los procesos de atención.
• Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.
• De asignación de recursos.
• De docencia-servicio.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	18

FORTALEZA
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
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Crear el proceso de gerencia de la información basado que permita identificar y responder a las
EVIDENCIAS
Informe de seguimiento del proceso: solicitud de compra 01

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 143 Código: (GI2)

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:
Criterios:
• 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.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18

FORTALEZA
Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Establecer un proceso que permita planear la gerencia de la información.
EVIDENCIAS
Plan de gerencia de la información

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	4	48

ESTANDAR No. 144 Código: (GI3)

Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.
Criterios:
• La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.
• La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	17

FORTALEZA
Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Definir indicadores de gestion de los procesos que permitan tomar acciones de mejora a las
EVIDENCIAS
Revalidación del plan de mejora actual, protocolos actualizados

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 145 Código: (GI4)

La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:
Criterios:
• Los costos asociados.
• El entrenamiento al personal.
• Los aspectos éticos.
• La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18

FORTALEZA
La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tienen en cuenta la relación
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Definir en un proceso estandarizado los criterios para adoptar nuevas tecnologías.
EVIDENCIAS
Capacitaciones sobre la adopción de tecnologías

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	5	3	45

ESTANDAR No. 146 Código: (GI5)

Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.
Criterios:
• La seguridad y la confidencialidad.
• Acceso no autorizado.
• Pérdida de información.
• Manipulación.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	15

FORTALEZA
Existen mecanismo de control documental y de respaldo, la IPS cuenta con licencia de una nube
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Definir y Documentar con las acciones que se vienen realizando los procesos que garantizan la
EVIDENCIAS
Licencias

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 147 Código: (GI6)

Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:
Criterios:
• Oportunidad.
• Facilidad de acceso.
• Confiabilidad y validez de la información.
• Seguridad.
• Veracidad.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	17

FORTALEZA
Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información que garantiza la oportunidad, facilidad de acceso, seguridad y veracidad
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Definir un mecanismo para transmitir los datos y la información.
EVIDENCIAS
NA

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 148 Código: (GI7)

Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:
Criterios:
• La transmisión del dato.
• La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.
• Los permisos asignados a cada responsable.
• La validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados en forma física y/o

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18

FORTALEZA
Existen procesos para la validación y la conciliación entre los datos recolectados y gestionados
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar el proceso a través del cual se esta sistematizando la información en la institución.
EVIDENCIAS
Procesos documentados

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	4	4	64

ESTANDAR No. 150 Código: (GI9)

La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos. Incluye:
Criterios:
• Orden. Legibilidad y concordancia clínico-patológica.
• Claridad y actualización de los registros clínicos.
• Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.
• Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

FORTALEZA
La IPS cuenta con gestión de la información relacionada con los registros clínicos incluye
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Se garantiza la seguridad y accesibilidad es necesario realizar la medicion de la calidad de los
EVIDENCIAS
Evaluamos de registros clínicos

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	4	48

ESTANDAR No. 151. Código: (GI10)

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.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	17

FORTALEZA
Existe un proceso implementado y evaluado que garantice el normal funcionamiento de los
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Diseñar e implementar un plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los
EVIDENCIAS
Plan de contingencia implementado

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	4	48

ESTANDAR No. 152. Código: (GI11)

Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos. Esto incluye mecanismos para garantizar que se previenen eventos adversos asociados al uso de acrónimos o por confusión en las órdenes médicas.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	15

FORTALEZA
Existen los sistemas informáticos o computarizados con contenidos de los registros definidos por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Establecer un listado de acronimos o siglas que se usaran en los registros de la institucion
EVIDENCIAS
Manual y/o protocolo donde esclareza el uso de acronimos y siglas.

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	3	3	27

ESTANDAR No. 153 Código: (GI12)

La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.
Criterios:
• Se cuenta con mecanismos para validar la información.
• La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	17

FORTALEZA
Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Estandarizar un proceso que permita a la gerencia la toma de decisiones de acuerdo a la
EVIDENCIAS
Documentación de procesos

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
4	3	4	48

ESTANDAR No. 154 Código: (GI13)

Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.

ENFOQUE		IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL
SAA	P	EAM	INST	I & E	P	C	AM	T	C	
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	17

FORTALEZA
Comunicación acertiva tanto con clientes internos como externos
OPORTUNIDADES DE MEJORA
Realizar el diseño, implementación y evaluacion del proceso de educacion y comunicación a
EVIDENCIAS
NA

RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
3	4	4	48

PRIORIZACIÓN OP > 75

KIBA IPS SALUD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC ESTANDARES DE ACREDITACION	Código: SIG-GAS-PR-12	Versión: V1
		Rige Fecha De Emisión: 8/10/2020	

AUTOEVALUACION PAMEC- ESTANDARES DE ACREDITACION

Grupo de Estandares: Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

Fecha: Jan-24

ESTANDAR No. 156 Código: (MCC1)

Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado a los resultados, el cual:

Criterios:

- 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 monitoría y

ENFOQUE			IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C						
2	2	2	2	2	2	2	2	1	1		18	4	4	4	64

FORTALEZA

NA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Rediseñar el proceso de MCC, inluyendo la planeación de acuerdo a los criterios del estandar

EVIDENCIAS

PAMEC actual

ESTANDAR No. 157 Código: (MCC2)

La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:

Criterios:

- Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.
- Se planean teniendo en cuenta los recursos necesarios y las personas para su implementación.
- Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.
- Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.
- Son llevadas a cabo por colaboradores sin excluir de mejoramiento con las competencias

ENFOQUE			IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C						
2	2	2	2	2	1	1	1	1	1		15	4	4	4	64

FORTALEZA

NA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Asegurar que las oportunidades de mejora identificadas cuenten con los recursos necesarios

EVIDENCIAS

Registro de los recursos asignados a cada oportunidad de mejora, incluyendo personal

ESTANDAR No. 158 Código: (MCC3):

Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización,

Criterios:

- 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 corresponden a las oportunidades de

ENFOQUE			IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C						
2	2	2	2	1	1	1	1	1	1		15	4	4	4	64

FORTALEZA

NA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Diseñar un metodo formal y permanente de evaluación, eicolección de enformacion y analisis de

EVIDENCIAS

Cronograma detallado que especifique las acciones de mejora, los responsables y los plazos de

ESTANDAR No. 159 Código: (MCC4):

Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:

Criterios:

- Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.
- Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.
- Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.

ENFOQUE			IMPLEMENTACION			RESULTADO					TOTAL	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
S&A	P	E&M	INST	I & E	P	C	AM	T	C						
2	2	2	2	2	2	1	1	1	1		16	4	4	4	64

FORTALEZA

Existe Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Evidenciar la comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las prepagadas, al paciente,

EVIDENCIAS

Documentos que resuman los resultados obtenidos como resultado de la implementación de las

PRIORIZACION OP > 75

ESTANDARES	CALIFICACIÓN			MEDIA
ASISTENCIAL	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.3
	ALTA	15	34	
	MEDIA	19	43	
	BAJA	10	23	
	TOTAL	44	100	
DIRECCIONAMIENTO	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.20
	ALTA	2	17	
	MEDIA	5	42	
	BAJA	5	42	
	TOTAL	12	100	
GERENCIA	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.30
	ALTA	1	8	
	MEDIA	11	92	
	BAJA	0	0	
	TOTAL	12	100	
TH	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.40
	ALTA	0	0	
	MEDIA	8	89	
	BAJA	1	11	
	TOTAL	9	100	
AMBIENTE FÍSICO	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.60
	ALTA	1	11	
	MEDIA	5	56	
	BAJA	3	33	
	TOTAL	9	100	
TECNO	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.30
	ALTA	3	38	
	MEDIA	5	63	
	BAJA	0	0	
	TOTAL	8	100	
INFORMACIÓN	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.60
	ALTA	0	0	
	MEDIA	5	42	
	BAJA	7	58	
	TOTAL	12	100	
CALIDAD	**PRIORIDAD**	**OM**	**%**	1.50
	ALTA	0	0	
	MEDIA	4	100	
	BAJA	0	0	
	TOTAL	4	100	
PROMEDIO				**1.4**

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN D

VARIABLE	CALIFICACION	
	1	2
ENFOQUE		
Enfoque sistémico: Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los proceesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistémico y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.
Enfoque proactivo: Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.	Los enfoques son mayoritariamente reactivos, la información presentada es anecdótica y desatriculada, sin evidencia de la gestión del riesgo.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo
Enfoque evaluado y mejorado: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados
IMPLEMENTACIÓN		
Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos servicios o procesos operativos principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.
Apropiación por el cliente interno y/o externo: Grado en el que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.	El enfoque no lo apropian los clientes	Hay evidencias de apropiación en unos pocos clientes internos o externos, pero éste no es consistente.
RESULTADO		
Pertinencia: Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan (*con)* los criterios y requisitos del estándar evaluado	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.
Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.
Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.
Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistémico y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información
Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas

DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD

3	**4**	**5**
El enfoque es sistémico, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos clave	El enfoque es sistémico tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos aún cuando existen algunos en donde se actúa reactivamente. Se identifican herramientas de la gestión del riesgo.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo en todos los procesos y se evidencian resultados gerenciales de la gestión del riesgo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todos los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.
El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los servicios o procesos, con brechas no significativas en aquellos de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos en forma integral y responde al enfoque definido en todos los servicios o procesos claves.
Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos servicios y procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunos servicios o procesos reportados pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos de medición sistémicos para la mayoría de los servicios y procesos y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

KIBA I.P.S SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC ESTANDARES DE ACREDITACION	Código: SIG-GAS-FR-14	Versión: V1
		Fecha De Emisión: 8/10/2020	

ESTANDAR (CALIDAD ESPERADA)	PROCESO A MEJORAR	QUE	COMO	POR QUE	QUIEN	CUANDO	
		OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	ATRIBUTO DE CALIDAD	RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORA	CUANDO	
						INICIO	FIN
ESTANDAR No. 5 Código: (AsSP1)	**SEGURIDAD DEL PACIENTE**	1. Implementar en la organización el programa de seguridad del paciente. 2. Realizar la medicion de los indicadores definidos en el programa de seguridad del paciente. 3. Definir mecanismos de re-estructuración y evaluación del sistema de reporte, identificación, investigación, analisis, gestión y retroalimentación de fallas de calidad tales como incidentes/eventos adversos en relación con los criterios de acreditación del direccionamiento y la gerencia.	1.Fortalecer el seguimento a las acciones de mejora de los eventos adversos analizados en IPS KIBA SAS. 2.Promover una cultura de reporte voluntario de eventos adversos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación. 3. Incluir de manera tranversal en IPS KIBA SAS la politica y el programa de seguridad del paciente dentro de los procesos de inducción de los colaboradores, proveedores y aliados estrategicos. 4. Actualizar la politica de seguridad del paciente conforme a las nuevas recomendaciones y criterios de acreditación que se prioricen y adopten en la IPS dentro del plan de calidad y PAMEC. (objetivo general, especificos, alcance, estructura funcional, estrategicas etc.) 5. Establecer un modelo de seguimiento a riesgos priorizados en seguridad del paciente y la humanización con enfasis en la prevención y creación de barreras de seguridad. 6. Realizar la evaluación sistematica de la percepción de los usuarios y la vulneración de derechos de los pacientes atendidos en los diferentes procesos que atienden los aliados estrategicos.	SEGURIDAD	DIRECTOR DE CALIDAD	7/1/2024	12/30/2024
ESTANDAR No. 6 Código: (AsSP2)	**SEGURIDAD DEL PACIENTE**	1.Desplegar la politica de seguridad del paciente, crear mecanismos para la medicion de la cultura de seguridad (que incluya la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas). 2. Establecer un modelo de seguimiento a riesgos priorizados en seguridad del paciente y la humanización con enfasis en la prevención y creación de barreras de seguridad.	1. Realizar la medicion del clima de seguridad dentro de la organización. 2. Diseñar la herramienta para la medicion del clima de seguridad de la organizacion. 3. Aplicar las encuestas para la medicion del clima de seguridad del paciente en la institucion. 4. Realizar la medicion de las encuestas de clima de seguridad del paciente. 5. Definir, implementar y hacer seguimiento a las practicas seguras.	SEGURIDAD	Director de Calidad	7/1/2024	12/30/2024
ESTANDAR No. 7 Código: (AsSP3)	**SEGURIDAD DEL PACIENTE**	1.Diseñar e implementar la guia de buenas practicas en seguridad del paciente. 2. Definir el alcance por etapas de esta vigencia para la implementación de todas las recomendaciones que sean aplicables de la guía tecnica de buenas practicas de seguridad del paciente en la atención salud y paquetes institucionales en sus nuevas versiones y diseñar dentro de la politica y programa, mecanismos y estrategias que permitan su implementación en todos los centros integrados de la red.	1. Comprender la Política Nacional de Seguridad del paciente y sus lineamientos 2. Diseñar e implementar una Política Institucional de Seguridad del Paciente 3. Diseñar, implementar y mejorar continuamente un Programa institucional de seguridad del paciente y sus actividades relacionadas. • Liderar al interior de la organizacion 1. El despliegue y la capacitación de los Colaboradores de la Política y programa de seguridad del paciente 2. La implementación de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos. 3. Las actividades de búsqueda activa de eventos adversos 4. La implementación del Sistema de Reporte de eventos 5. Definir la metodología de investigación de eventos 6. Realizar el diseño e implementación de las acciones de mejora 7. El seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora 8. La implementación de una cultura justa de la seguridad del paciente 9. Las actividades a desarrollar tendientes a promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad.	SEGURIDAD	Director de Calidad	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 8. Código: (AsAC1)	**SEGURIDAD DEL PACIENTE**	1. Publicar y sociliaciar el protocologo lavado de manos. 2. Asegurarse de que todo el personal de salud esté adecuadamente capacitado sobre la importancia del lavado de manos, así como sobre la técnica correcta para realizarlo. Además, se debe promover una cultura de concienciación en todo el personal, destacando los riesgos asociados con la transmisión de infecciones nosocomiales y la importancia del lavado de manos en la prevención de estas infecciones.	1. Proporcionar capacitación regular al personal médico y de enfermería sobre la importancia del lavado de manos, incluyendo las técnicas adecuadas, la frecuencia recomendada y los momentos clave para realizar el lavado de manos. 2. Colocar carteles y recordatorios visuales en áreas prominentes del centro médico, como salas de espera, consultorios y baños, recordando al personal y a los pacientes la importancia de lavarse las manos. 3. Asegurar que todas las áreas estén equipadas con instalaciones adecuadas para el lavado de manos, incluyendo lavabos con agua corriente, jabón líquido y toallas desechables o secadores de manos.	SEGURIDAD	Jefe de Enfermería	7/1/2024	12/30/2024

Estándar 9. Código: (AsAC1)	**ACCESO**	1. Diseñar mecanismos para garantizar al 100% el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios, ademas evaluar las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	1.Definir los mecanismos para la identificacion redundante de los pacientes. 2. Definir los riesgos en la atencion desde el ingreso de los usuarios a la institucion. 3. Realizar el seguimiento y medicion a las PQRS de los usuarios.	ACCESIBILIDAD	Coordinador de Calidad	7/1/2024	12/30/2024
Estandar No. 18 Código: (AsREG2)	**REGISTRO E INGRESO**	1.Revisar y actualizar los formularios de registro para asegurar que capturen todos los datos requeridos por el estándar. 2. Proporcionar capacitación adicional al personal encargado del registro y documentación para garantizar la comprensión completa de los requisitos. 3.Implementar un sistema de verificación interna regular para asegurar el cumplimiento continuo.	1. Designar un equipo responsable de revisar los formularios de registro existentes y asegurarse de que capturen todos los datos requeridos por el estándar. (Esto puede implicar la eliminación de campos obsoletos, la adición de nuevos campos según sea necesario y la garantía de que los formularios sean claros y fáciles de entender). 2. Programar sesiones de capacitación adicionales para el personal encargado del registro y la documentación de IPS KIBA SAS. 3. Establecer un sistema de verificación interna regular para asegurar el cumplimiento continuo del estándar.	CONTINUIDAD	Asistente Administrativa	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 21. Código: (AsEV3)	**EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE INGRESO**	1. Implementar un programa integral de promoción y prevención de enfermedades. 2. Implementar un proceso de evaluación continua de las necesidades de prevención de enfermedades y promoción de la salud de los usuarios, utilizando herramientas adecuadas para recopilar datos sobre factores de riesgo, antecedentes médicos, estilos de vida y preferencias culturales. Esto permitirá identificar de manera más precisa las necesidades individuales de cada usuario y adaptar las intervenciones de promoción y prevención en consecuencia.	1. Garantizar que los usuarios tengan acceso fácil y oportuno a servicios de salud preventiva, como exámenes de detección de enfermedades, asesoramiento sobre estilos de vida saludables y programas de manejo de enfermedades crónicas. 2. Involucrar a la comunidad en la planificación, implementación y evaluación de programas de prevención y promoción de la salud, aprovechando recursos locales y estableciendo alianzas con organizaciones comunitarias y líderes.	ACCESIBILIDAD	Jefe de Enfermería Médico General	7/1/2024	12/30/2024
Estandar 24. Código: (AsPL2)	**PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN**	1. Incluir criterios especificos para la gestión de seguridad del paciente. 2. revisión y actualización de Guias: Realizar una revisión regular de las guías clínicas y protocolos existentes para garantizar que estén actualizados y basados en la evidencia más reciente. Establecer un proceso formal para la revisión y actualización periódica de estas guías.	1. Proporcionar capacitación regular al personal de salud sobre temas relacionados con la seguridad del paciente, incluida la identificación de eventos adversos, la prevención de infecciones, el manejo de medicamentos y la comunicación efectiva con los pacientes. 2. Realizar una revisión exhaustiva de las guías clínicas existentes para asegurar que estén alineadas con las mejores prácticas y la evidencia científica más reciente. Establecer un programa de actualización periódica para garantizar que las guías reflejen los últimos avances en el campo médico.	SEGURIDAD	Director de Calidad	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 33. Código: (AsPL11)	**PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN**	1. Diseñar, implementar, socializar y evaluar la política de atención humanizada como elemento fundamental del respeto, dignidad y privacidad del paciente. 2. Evaluación de la experiencia del paciente: Implementar encuestas regulares de satisfacción del paciente para recopilar comentarios específicos sobre la calidad de la atención humanizada recibida y utilizar estos datos para identificar áreas de mejora.	1. Públicar y socializar la politica de atención humanizada. 2. Diseñar estrategias dentro de la implementación de la politica de humanizacioón que popendan por el cumplimiento del respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad. 2. Protocolos de atención: Implementar protocolos y procedimientos estandarizados que promuevan la atención humanizada en todas las etapas del proceso de atención médica, desde la admisión hasta el alta del paciente. 3. Comunicación efectiva: Mejorar la comunicación entre el personal de salud y los pacientes, utilizando un lenguaje claro y comprensible, y proporcionando información relevante sobre su atención médica de manera transparente y empática.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Coordinador de Calidad	7/1/2024	12/30/2024
Estandar No. 40 Código: (AsPL18)	**PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN**	1. Revisar y actualizar regularmente los protocolos y guías de prevención y control de infecciones para garantizar su alineación con las mejores prácticas actuales y las recomendaciones de salud pública.	1. Establecer un proceso estructurado para la revisión de los protocolos y guías. Esto puede incluir la identificación de áreas específicas a revisar, la recopilación de comentarios y sugerencias del personal clínico y de salud pública, y la realización de una evaluación comparativa con las prácticas actuales y las recomendaciones de salud pública. 2. Redefinir y revisar los lineamientos del comité de infecciones para garantizar su funcionamiento y el cumplimiento de su objetivo. 3. Formular, implementar, evaluar mecanismos que guien la prevención y control de infecciones. 4. Definir mecanismos de evaluación de los riesos en procesos relacionados con las funciones del comité de infecciones en las áreas que aplique.	SEGURIDAD	Comité de Infecciones	7/1/2024	12/30/2024

Estandar 44. Código: (AsEJ4)	**EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO**	1. Implementar un sistema de información que proporcione una descripción clara y detallada de los servicios ofrecidos por cada prestador de la red, así como información sobre la disponibilidad de citas y los tiempos de espera. 2. Certificación del personal tanto administrativo como asistencial, sobre la atención a victimas de violencia sexual.	1.Personalizar la plataforma para que se adapte a las necesidades específicas de la red de prestación de servicios de IPS KIBA SAS. 2. Organizar programas de formación periódicos para el recurso humano asistencial, que incluyan temas como la identificación de signos y síntomas de violencia sexual, la empatía y sensibilidad hacia las víctimas, la recolección adecuada de pruebas forenses y el manejo del trauma emocional. 3. Definir estrategias y mecanismos de evaluación de la implementación de las directrices y protocolos de manejo para victimas de violencia sexual. 4. Revisar y actualizar regularmente los protocolos de atención para asegurar que estén alineados con las mejores prácticas y los estándares actuales. (Esto incluye protocolos para la evaluación médica, la atención psicológica, la derivación a servicios legales y de apoyo, y la preservación de la cadena de custodia de las pruebas forenses).	PERTINENCIA	Asistente Administrativa	7/1/2024	12/30/2024
Estandar No 48 Código: (AsEVA2)	**EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN**	1. Definir y monitorear indicadores clave de desempeño relacionados con la oportunidad y efectividad de las respuestas a la retroalimentación del usuario. Esto ayudará a evaluar el éxito del proceso y a identificar áreas adicionales de mejora. 2. Desarrollar procedimientos claros y estandarizados para la consolidación, análisis y respuesta a los comentarios de los usuarios.	1. Programar revisiones regulares de los comentarios de los usuarios para identificar tendencias, áreas de mejora y oportunidades para el desarrollo de nuevos productos o servicios. 2. Definir metas específicas para el tiempo de respuesta a los comentarios, la tasa de resolución de problemas y la satisfacción del cliente. 3. Fortalecer mediante estrategias de divulgación, socialización y difusión el proceso estandarizados del área de SIAU. 4. Realizar seguimiento y medición de la adherencia a la oportunidad, satisfacción y efectividad en al respuesta de quejas y reclamos según la normatividad vigente y lo establecido por la entidad.	OPORTUNIDAD	Comité SIAU	7/1/2024	12/30/2024
Estandar No. 52 Código: (AsSAL2)	**SALIDA Y SEGUIMIENTO**	1. Implementación de nuevas alianzas y colaboraciones. 2. Incluir en el plan los objetivos, actividades específicas, responsabilidades de cada parte involucrada, recursos necesarios y un cronograma de ejecución.	1. Establecer criterios claros para evaluar la idoneidad de las alianzas potenciales, considerando factores como la misión, visión, valores compartidos y capacidades complementarias. 2. Elaborar un plan de acción detallado que incluya los objetivos específicos de la colaboración, las actividades necesarias para alcanzar estos objetivos, las responsabilidades asignadas a cada parte involucrada y los recursos necesarios.	ACCESIBILIDAD	Alta Gerencia	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 65. Código: (AsSIR7)	**SEDES INTEGRADAS EN LA RED**	1. Desarrollo de protocolos de seguridad de datos 2. Implementación de medidas de seguridad adicionales, controles de acceso más esxtrictos.	1. Implementar un sistema electrónico para la gestión de consentimientos de los pacientes, que permita recopilar y almacenar de manera segura la información de consentimiento y facilitar su seguimiento y actualización conforme a las regulaciones de privacidad de datos. 2. Designar un equipo encargado de revisar y actualizar las políticas de privacidad de la organización para garantizar que cumplan con las regulaciones actuales y las mejores prácticas en protección de datos.	PERTINENCIA	CISO	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 71. Código: (AsSIR13)	**SEDES INTEGRADAS EN LA RED**	1. Implementación y monitoreo del cumplimiento y eficiencia del sistema tanto administrativo como médico. 2. Capacitación del personal en el uso del sistema de información	1. Seleccionar una plataforma de integración de sistemas de salud que pueda interoperar con los diferentes sistemas de soporte clínico y administrativo utilizados en la red. Esta plataforma debe ser capaz de unificar datos de manera segura y eficiente, evitando la duplicación de información y optimizando los recursos. 2. Establecer los mecanismos de articulación de las tecnologías de soporte administrativo para evitar duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	PERTINENCIA	CISO	7/1/2024	10/31/2024
Estándar 80. Código: (DIR.5)	**DIRECCIONAMIENTO**	1. Diseñar, implementar, socializar y medir la politica de humanizacion.	1. Diseñar una política de humanización que incluya principios, objetivos y acciones específicas para garantizar el respeto, la dignidad y la privacidad de los pacientes. Esta política debe ser accesible para todo el personal y estar alineada con las mejores prácticas y estándares internacionales. 2. Desarrollar programas de capacitación para todo el personal sobre la importancia de la humanización en la atención médica. Estos programas deben incluir sesiones educativas sobre comunicación empática, manejo del estrés, sensibilidad cultural y manejo de situaciones emocionalmente difíciles. 3. Fomentar una cultura organizacional que valore y promueva la humanización en todos los aspectos de la atención médica. Esto puede incluir la creación de comités de humanización, la organización de eventos y actividades relacionadas con la humanización, y el reconocimiento del personal que demuestre un compromiso excepcional con la atención centrada en el paciente.	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Comitá de Etica		7/31/2024

Estandar No. 88 Código: (DIRMCC1)	**DIRECCIONAMIENTO**	1. Incluir en las oportunidades de mejora relacionadas con este proceso, el enfoque organizacional del mejoramiento continuo, La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización, La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares, El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación delcierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad, La comunicación de los resultados.	1. Integrar el mejoramiento continuo como parte integral de la cultura organizacional, fomentando la participación activa de todos los colaboradores en la identificación y solución de problemas. 2. Establecer un proceso estructurado para identificar y priorizar las oportunidades de mejora, basado en criterios predefinidos como impacto en el cliente, riesgo potencial y alineación con los objetivos estratégicos. 3. Asignar recursos adecuados y asignar responsabilidades claras para la implementación de las oportunidades de mejora prioritarias.	PERTINENCIA	Director de Calidad	7/1/2024	12/16/2024
Estandar No. 100 código: (GER.12)	**GERENCIA**	1. Documentación que demuestre la monitorización regular del presupuesto de la organización y de los planes estratégicos, con registros de ingresos, gastos, desviaciones y acciones correctivas implementadas.	1. Establecer la frecuencia con la que se realizará la monitorización del presupuesto y los planes estratégicos. Esto podría ser mensual, trimestral o anual, dependiendo de las necesidades y la complejidad de la organización.	PERTINENCIA	Aux Contable	6/3/2024	12/30/2024
Estandar No. 123 Código: (GAF3)	**GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO**	1. Realizar la solicitud al IDEAM, para la inscripcion al RESPEL. Diseñar, implementar y evaluar la politica de gestion ambiental.	1. Definir objetivos claros y medibles para mejorar el desempeño ambiental de la organización. Pueden incluir la reducción del consumo de energía, agua y materiales, así como la minimización de los residuos y la promoción de prácticas sostenibles en toda la cadena de suministro. 2. Seguimeinto y registro de la generación de residuos sólidos.	SEGURIDAD	Comité GAGAS	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 132. Código: (GT3)	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**	1. Diseñar , implementar y evaluar un proceso para el uso seguro de la tecnologia. 2. Realizar análisis periódicos de los riesgos asociados con la adquisición y el uso de la tecnología en la institución, e implementar medidas preventivas y correctivas para mitigar estos riesgos. 3. Desarrollar un plan estratégico para la incorporación de nueva tecnología, considerando criterios como seguridad, confiabilidad, costo, mantenimiento y beneficios para los usuarios.	1. Diseñar e implementar programas de capacitación periódica para el personal, con énfasis en el uso adecuado de la tecnología disponible, la identificación y gestión de riesgos, y la actualización sobre las últimas innovaciones en el campo. 2. Realizar una evaluación exhaustiva de la tecnología actualmente en uso, considerando aspectos como eficiencia, seguridad, costo-efectividad y satisfacción del usuario, para identificar áreas de mejora o posibles actualizaciones.	PERTINENCIA	CISO	7/1/2024	12/30/2024
Estándar 133. Código: (GT2)	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**	1. Diseñar una politica desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la adquisicion, incorporacion, monitorizacon, control y reposicion de la tecnologia. 2. Analisis de necesidades tecnologicas, considerando tanto las demandas actuales como las proyecciones futuras	1. Definir indicadores clave de desempeño (KPIs) relacionados con la gestión de la tecnología, como el tiempo de respuesta a incidencias, el tiempo de actividad de los sistemas, el costo total de propiedad, entre otros, para medir y mejorar continuamente el rendimiento. 2. Realizar la evaluación de costo beneficio, utilidad y costo efectividad de la tecnología. 3. Solicitar retroalimentación regular a los usuarios y stakeholders internos sobre la satisfacción con los sistemas y herramientas tecnológicas, así como sobre posibles áreas de mejora o necesidades no cubiertas.	PERTINENCIA	Alta Gerencia	11/1/2024	11/30/2024
Estandar No. 139 Código: (GT8)	**GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA**	1. Planificación y Diseño de Programas: Documentación que describa los programas diseñados para abordar las necesidades de tecnología de cada prestador, incluyendo objetivos, estrategias y recursos asignados.	1. Identificar las áreas donde se requiere mejorar la infraestructura tecnológica, actualizar sistemas existentes o implementar nuevas soluciones tecnológicas.	PERTINENCIA	CISO BIOMEDICO	11/1/2024	12/30/2024

PROCESO A MEJORAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
SEGURIDAD DEL PACIENTE	9
ACCESO	1
REGISTRO E INGRESO	3
EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE INGRESO	2
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	5
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	2
EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN	2
SALIDA Y SEGUIMIENTO	2
SEDES INTEGRADAS EN LA RED	4
DIRECCIONAMIENTO	2
GERENCIA	1
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	6
	40

ACCIONES DE MEJORA
23
3
3
2
9
4
4
2
4
6
1
2
4
67