

 KIBA IPS SANIDAD INTEGRAL	AUTOEVALUACION PAMEC ESTANDARES DE ACREDITACION				Código: SIG-GAS-FR-14	Versión: V1	
					Fecha De Emisión: 10/08/2020		
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 medición 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, análisis, 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 seguimiento 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 transversal en IPS KIBA SAS la política y el programa de seguridad del paciente dentro de los procesos de inducción de los colaboradores, proveedores y aliados estratégicos. 4. Actualizar la política 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, específicos, alcance, estructura funcional, estrategias etc.) 5. Establecer un modelo de seguimiento a riesgos priorizados en seguridad del paciente y la humanización con énfasis en la prevención y creación de barreras de seguridad. 6. Realizar la evaluación sistemática de la percepción de los usuarios y la vulneración de derechos de los pacientes atendidos en los diferentes procesos que atienden los aliados estratégicos.	SEGURIDAD	DIRECTOR DE CALIDAD	1/07/2024	30/12/2024
ESTANDAR No. 6 Código: (AsSP2)	SEGURIDAD DEL PACIENTE	1.Desplegar la política de seguridad del paciente, crear mecanismos para la medición 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 énfasis en la prevención y creación de barreras de seguridad.	1. Realizar la medición del clima de seguridad dentro de la organización. 2. Diseñar la herramienta para la medición del clima de seguridad de la organización. 3. Aplicar las encuestas para la medición del clima de seguridad del paciente en la institución. 4. Realizar la medición de las encuestas de clima de seguridad del paciente. 5. Definir, implementar y hacer seguimiento a las prácticas seguras.	SEGURIDAD	Director de Calidad	1/07/2024	30/12/2024
ESTANDAR No. 7 Código: (AsSP3)	SEGURIDAD DEL PACIENTE	1.Diseñar e implementar la guía de buenas prácticas 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 técnica de buenas prácticas de seguridad del paciente en la atención salud y paquetes institucionales en sus nuevas versiones y diseñar dentro de la política 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 organización 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	1/07/2024	30/12/2024
Estándar 8. Código: (AsAC1)	SEGURIDAD DEL PACIENTE	1. Publicar y socializar el protocolo 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	1/07/2024	30/12/2024

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, además evaluar las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.	1. Definir los mecanismos para la identificación redundante de los pacientes. 2. Definir los riesgos en la atención desde el ingreso de los usuarios a la institución. 3. Realizar el seguimiento y medición a las PQRS de los usuarios.	ACCESIBILIDAD	Coordinador de Calidad	1/07/2024	30/12/2024
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	1/07/2024	30/12/2024
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	1/07/2024	30/12/2024
Estandar 24. Código: (AsPL2)	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	1. Incluir criterios específicos para la gestión de seguridad del paciente. 2. Revisión y actualización de Guías: 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	1/07/2024	30/12/2024
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. Publicar y socializar la política de atención humanizada. 2. Diseñar estrategias dentro de la implementación de la política de humanización 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	1/07/2024	30/12/2024
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 guíen la prevención y control de infecciones. 4. Definir mecanismos de evaluación de los riesgos en procesos relacionados con las funciones del comité de infecciones en las áreas que aplique.	SEGURIDAD	Comité de Infecciones	1/07/2024	30/12/2024

Estandar 44. Código: (AsE34)	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 víctimas 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 víctimas 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	1/07/2024	30/12/2024
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	1/07/2024	30/12/2024
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	1/07/2024	30/12/2024
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 estrictos.	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	1/07/2024	30/12/2024
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	1/07/2024	31/10/2024
Estándar 80. Código: (DIR.5)	DIRECCIONAMIENTO	1. Diseñar, implementar, socializar y medir la política de humanización.	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	Comité de Ética		31/07/2024

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 del cierre 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	1/07/2024	16/12/2024
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	3/06/2024	30/12/2024
Estandar No. 123 Código: (GAF3)	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1. Realizar la solicitud al IDEAM, para la inscripción al RESPEL. Diseñar, implementar y evaluar la política de gestión 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. Seguimiento y registro de la generación de residuos sólidos.	SEGURIDAD	Comité GAGAS	1/07/2024	30/12/2024
Estándar 132. Código: (GT3)	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1. Diseñar , implementar y evaluar un proceso para el uso seguro de la tecnología. 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	1/07/2024	30/12/2024
Estándar 133. Código: (GT2)	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	1. Diseñar una política desde la gerencia e implementarla y evaluarla para la adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología. 2. Análisis de necesidades tecnológicas, 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	1/11/2024	30/11/2024
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	1/11/2024	30/12/2024