



**MANUAL PAMEC  
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN  
SALUD**

**GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**JENNY PATRICIA GALLEGO  
DIANA PATIÑO**

**ELABORADO  
AGOSTO DE 2015**

**JENNY PATRICIA GALLEGO**

**AGOSTO DE 2015**

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 2 de 78               |                                                                                     |

## 1. INTRODUCCION

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud como conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y Sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, reglamentado por decreto 2309 de 2002, definió además la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de Prestación de servicios de salud.

El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", dicha calidad se implementa y evalúa en términos de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) define el modelo para evaluar sistemáticamente el nivel de cumplimiento de la **CLINICA DEL RIO**, frente a los estándares de acreditación establecidos por Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), comparando la calidad observada frente a la calidad esperada (estándares de acreditación), de tal forma que se identifique la existencia de brechas de desempeño, de esta manera implementar acciones de mejoramiento que optimicen la utilización de los recursos destinados a la atención, mejorar el impacto en la salud de los usuarios y la población, y que conlleven consecuentemente la institución a niveles superiores de calidad.

La primera fase en la construcción del PAMEC, parte del autodiagnóstico institucional de los estándares de acreditación, de acuerdo con los procesos (ver mapa de procesos) de la institución aplican los estándares del Proceso de atención al cliente asistencial, Los estándares de Apoyo (Gerenciales) y los estándares de Mejoramiento de la calidad.

Hacen parte de esta autoevaluación estándares de sistema de información para la calidad, Seguimiento a riesgos y Seguridad del paciente.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 3 de 78               |                                                                                     |

Evaluar sistemáticamente el nivel de cumplimiento de los procesos establecidos de la CLINICA DEL RIO frente a los estándares establecidos por Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), a través de la aplicación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

## 2.2 ESPECIFICOS

- Identificar los procesos prioritarios de la CLINICA DEL RIO basados en el autodiagnóstico Institucional del cumplimiento normativo.
- Elaborar plan de auditorías para la presente vigencia.
- Enfocar los procesos definidos prioritarios hacia el cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Identificar estándares de la calidad esperada e implementar planes de mejoramiento continuo
- Implementación de planes de mejora
- Establecer metodologías que generen aprendizaje continuo organizacional a partir de las mejoras de los procesos prioritarios.

## 3. LA INSTITUCION

La **Clínica DEL RIO S.A** es una entidad privada, dedicada a prestar una atención especializada en servicios de salud, dotadas de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Tenemos nuestro domicilio en la calle 1 Nª 14 – 34.

El Doctor Julián Guevara Ramírez MD MSC, con formación en cuidado intensivo, infectología y experiencia como coordinador de uci en la ciudad de Cali, es llamado en el año 2008 a dirigir la UCI Guadalajara, como socio y medico asistencial de la misma. A este evento se sumaron médicos experimentados que se adhirieron al nuevo proyecto la UCI Guadalajara, el Dr. Santiago Lleras se integró al Proyecto.

En Octubre 10 del 2008, se creó la UCI GUADALAJARA, ubicada en las instalaciones de la Clínica Guadalajara, una sociedad anónima, con autonomía administrativa, financiera y mercadeo para su funcionamiento.

Los logros alcanzados por la “UCI Guadalajara” en la Clínica Guadalajara, la necesidad de fortalecer la identidad propia, los mercados crecientes y no atendidos oportunamente, la necesidad de espacios modernos y apropiados a las exigencias de calidad y requeridos por pacientes, EPS e ISP entidades remisorias.

Además, las experiencias médico-tecnológica y las competencias distintivas alcanzadas, en el primer periodo de desarrollo en la anterior sede, el deseo de servir a la demanda creciente de los mercados y nuevos mercados, llevaron a visionar a los médicos socios y nuevos médicos, impulsar la creación de **la Clínica del Río**, con un potencial de crecimiento en nuevos servicios de cirugía, hospitalización consulta externa y ayudas diagnosticas en una primera etapa.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 4 de 78               |                                                                                     |

Como respuesta a las motivaciones anteriores, surge el establecimiento de una nueva visión y misión abarcando nuevos campos de desarrollo profesional y tecnológico, así como, mayor vinculación con las comunidades atendidas, fundamentados en una gestión integral, en mejoramiento de la competitividad y productividad, girando alrededor del paciente desde el ingreso a los servicios.

Una Nueva Sede, una nueva Institución '**CLINICA DEL RIO**' nació en respuesta a los anteriores consideraciones y liderazgo de los médicos socios fundadores de la UCI Guadalajara.

Ya en la nueva sede de la clínica del Río S.A.S; la UCI GUADALARA cambia su razón social a DEL RIO , para finalmente unir esfuerzos y convertirnos en lo que hoy somos: CLINICA DEL RIO S.A, cuenta con un amplio portafolio de servicios dirigidos a una atención especializada nivel III, entre ellas cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos que se enfoca en resolver los problemas de pacientes de Nivel III de alta complejidad, con un tratamiento integral y la aplicación de protocolos de atención que faciliten el mejoramiento de la calidad de vida y recuperación efectiva de los mismos, así mismo la ofrecerá una amplia atención en áreas de hospitalización de nivel III, imágenes diagnósticas y consulta especializada en: Infectología, Neurología, Nefrología, Traumatología, cardiología, urología, entre otras Y cuenta con dos quirófanos dotados para la atención de cirugías de mediana complejidad.

Para atender a la población del suroccidente colombiano, LA CLÍNICA DEL RIO cuenta con la estructura física, recursos tecnológicos y humanos idóneos para garantizar la atención de la población que lo requiera con calidad y oportunidad, cubriendo las necesidades de salud en forma eficiente y eficaz.

### 3.1 PLATAFORMA ESTRATEGICA

#### MISIÓN

Somos una institución privada que brinda servicios de salud de alta complejidad y calidad en el suroccidente Colombiano, ofrecemos a nuestros usuarios la mejor atención humanizada con personal altamente calificado y tecnología de punta. Damos a la comunidad médica la oportunidad de capacitación e investigación, como aporte al desarrollo científico de la región, a nuestros colaboradores, un ambiente propicio para su desarrollo personal y profesional. Asegurando la sostenibilidad y consolidación de la Institución en el tiempo. Nuestros servicios, están fundamentados en procesos éticos y de responsabilidad, hacia las comunidades servidas, en el cumplimiento del logro y el bienestar social.

#### VISION

Ser la mejor opción en servicios de salud de alta complejidad y calidad, en el suroccidente Colombiano, caracterizados por la innovación científica y tecnológica, aplicando un modelo de

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 5 de 78               |                                                                                     |

gestión que prioriza la cultura de la atención al cliente y su seguridad, la productividad, competitividad y el equilibrio financiero de la Institución

## POLITICA DE CALIDAD

Nos comprometemos a prestar servicios de salud de alta complejidad y calidad con la mejor atención humanizada en el suroccidente colombiano con personal altamente calificado y motivado y con tecnología de punta, proporcionando a la comunidad médica capacitación e investigación en el campo, apoyado por un modelo de gestión integral, en una cultura de valores éticos y de responsabilidad hacia las comunidades servidas y el bienestar social, asegurando la sostenibilidad y consolidación de la institución en el tiempo.

## OBJETIVOS ESTRATEGICOS

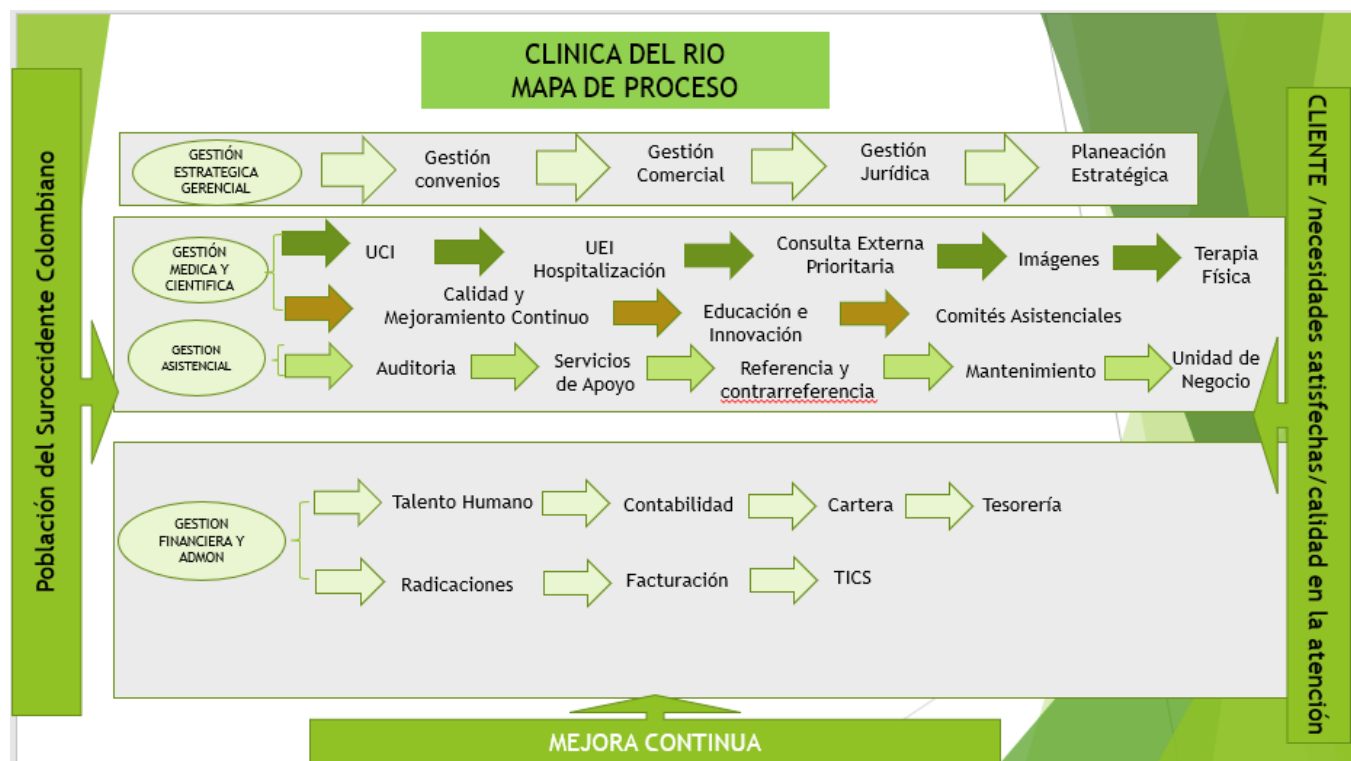
Se adoptó la metodología del Balanced ScoreCard que equilibra, de una forma integrada y estratégica los procesos internos y suministra la dirección futura de la institución, volviendo la VISION alcanzable por medio de un conjunto coherente de indicadores, agrupados en 4 diferentes perspectivas: Financieras, Clientes, Procesos Internos y Formación y Crecimiento. Se incluyó además la Perspectiva Responsabilidad Social a imagen de la empresa en la sociedad servida y el medio ambiente.

Dichos objetivos son:

1. Satisfacer las necesidades de servicios de salud de alta complejidad en el suroccidente colombiano.
2. Ser la mejor opción por la calidad de atención prestada.
3. Generar un clima organizacional que asegure el adecuado desempeño la motivación al logro.
4. Garantizar adherencia a guías y protocolos internacionales actualizados.
5. Generar política y estrategia para el desarrollo de la investigación y la docencia en el campo.
6. Dirigir en un modelo de gestión que desarrolle los componentes estratégicos, de procesos y de cultura de calidad, aplicados a los servicios, a la investigación y la docencia y las relaciones con la comunidad que asegure la rentabilidad, el desarrollo, el crecimiento la estabilidad institucional.
7. Establecer una red social con las comunidades a servir y las instituciones de salud.
8. Ser ejemplo en la práctica médica y administrativa, fundamentados en los valores éticos institucionales
9. Garantizar gestión financiera adecuada al plan estratégico.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 6 de 78               |                                                                                     |

## MAPA DE PROCESOS



Nuestro sistema se basa en un enfoque por procesos entendido como una serie de interacciones que nos permiten crear una forma más inteligente de trabajar.

Contamos con la política de calidad, SEIS (6) macroprocesos y veintiuno (21) procesos.

El seguimiento y evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema integrado de gestión se monitorea por medio de indicadores que controlan los procesos. Y monitoreo permanente del sistema, por la Gerencia evaluando los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad definidos en el cuadro de mando integral, bajo la perspectiva del proceso, cliente, aprendizaje financiera, y social.

Cada proceso tiene asignado un coordinador que se encarga de definir sus entradas, salidas, clientes (tanto internos como externos). Se definió como componente adicional que los Procesos Misionales en su totalidad serán supervisados por el Subdirector Científico y los procesos de Apoyo en su totalidad serán supervisados por el Subdirector Administrativo.

#### 4. PORTAFOLIO DE SERVICIOS:

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 7 de 78               |                                                                                     |

### Consulta Externa

La Clínica del Río prestara inicialmente el servicio de consulta externa en la especialidad de MEDICINA INTERNA y EFERMEDADES INFECCIOSAS y MEDINCA GENERAL.

### Hospitalización

Se contara con 19 camas de hospitalización de nivel III de complejidad, 16 en habitación bi-personal y 3 en habitación uni-personal.

### Cirugía

2 quirófanos para cirugía general y ortopedia en principio será lo ofertado

### Unidad de Cuidados Intensivos adultos

La institución cuenta con 12 camas para la atención del paciente crítico adulto.

### Imágenes

Se contara con servicio de rayos x hospitalaria y ambulatoria de mediana complejidad

## **5. IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC)**

### **5.1 NORMATIVIDAD**

- República de Colombia. Ley 100 de 1993 “Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral”.
- Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”
- Ministerio de Protección Social. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico N° 1 “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”
- Ministerio de Protección Social. Resolución 1445 de 2006. Anexo Técnico N° 1 “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora”
- Ministerio de Protección Social. Resolución 123 de 2012. Manual de acreditación ambulatorio y hospitalario.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 8 de 78               |                                                                                     |

- Ministerio de Protección Social. Resolución 4445 de 1996. “Por el cual se dictan normas para el cumplimiento, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares”.
- Indicadores de Monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (Resolución 1446 de 2006 y Circular 056, 030).

## 5.2 METODOLOGIA

De acuerdo con los “Lineamientos del Ministerio de Protección Social”, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) debe ser elaborado teniendo en cuenta los estándares superiores que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

Para poder establecer y desarrollar tal Programa, el Ministerio de Protección Social presenta una guía que podría ser útil; la ha denominado Ruta Crítica. Es de aclarar, que ésta es una guía, y el Ministerio da libertad a las instituciones para implementar sus propias metodologías de auditoría.

En la Ruta Crítica se identifican nueve pasos para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:

El PAMEC se desarrolla siguiendo los pasos de la Ruta Crítica, establecidos en las Pautas y Guías Indicativas del Ministerio de la Protección Social.

## DESARROLLO DEL PAMEC

### 5.2 PRIMER PASO: AUTOEVALUACIÓN

El autodiagnóstico se hará valorando el cumplimiento de los siguientes parámetros:

- Estándares del sistema único de acreditación
- Sistema de información para la calidad Resolución 1446 de 2006
- Parámetros de seguimiento a riesgos, según el Estándar 9 de habilitación
- Cumplimiento de la Política de seguridad del paciente en la institución

Para llevar a cabo este autodiagnóstico se hace necesario la conformación del grupo interdisciplinario de trabajo; quien a través de una metodología específica determina el nivel de cumplimiento de estos estándares (fortalezas), identifican los soportes, y formulan las oportunidades de mejora.

El Grupo Interdisciplinario está conformado por: Gerencia, Subgerencia administrativa y científica, coordinadores asistenciales, farmacia, médico, enfermería y terapia respiratoria, referencia y contra-referencia; Coordinadores administrativos, gestión humana, mantenimiento y Tics.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 9 de 78               |                                                                                     |

Cada responsable de área hará una valoración de los parámetros descritos anteriormente según el siguiente cuadro:

| <b>PARAMETROS</b>                               |                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ESTANDARES ACREDITACION</b>                  | <b>RESPONSABLE</b>                                                                                                          |
| <b>Estándares Asistenciales</b>                 | Subgerencia Científica, Coordinador médico; Coordinador De Enfermería, Coordinador De Rehabilitación; Coordinador Farmacia. |
| <b>Estándares de Apoyo</b>                      | Gerencia; Subgerencia Administrativa, Coordinación Gestión Humana; Coordinación Mantenimiento, Asesor TICS                  |
| <b>Estándares De Mejoramiento de la Calidad</b> | Subgerencia administrativa; área de apoyo en calidad                                                                        |
| <b>SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD</b>   | Subgerencia Administrativa, Coordinadores áreas asistenciales                                                               |
| <b>SEGUIMIENTO A RIESGOS</b>                    | Subgerencia Científica, Subgerencia Administrativa                                                                          |
| <b>SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>                   | Subgerencia, científica, Subgerencia administrativa; coordinadores áreas asistenciales                                      |

Esta valoración se hará con una puntuación de 1 a 5 donde de forma ascendente según el cumplimiento promedio de cada parámetro

### 5.3 SEGUNDO PASO: SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.

El grupo interdisciplinario realizó un análisis de cada una de las oportunidades de mejoramiento identificadas para cada uno de los estándares, antes de proceder a calificar; se llegaron a acuerdos al momento de realizar la priorización teniendo en cuenta preguntas claves:

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 10 de 78              |                                                                                     |

¿Al no intervenir la oportunidad de mejoramiento identificada se puede generar un riesgo para los usuarios?

¿La oportunidad de mejora identificada se presenta frecuentemente y genera problemas al interior de la organización?

¿La oportunidad de mejora es fácilmente intervenirle y con ellos se genera valor agregado a la organización?

Para realizar la priorización se utilizó la siguiente matriz de priorización:

**VER ANEXO 1**

#### 5.4 TERCER PASO: PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Para llevar a cabo la selección de procesos a mejorar se debe realizar una priorización de procesos, que se puede obtener a través de la aplicación de diferentes metodologías, algunas de las cuales, son:

##### MATRIZ DE PRIORIZACIÓN:

La metodología de priorización utilizada permitió que se pudiesen calificar oportunidades de mejoramiento con calificaciones intermedias y así poder identificar aquellos estándares que tuvieran una puntuación menor de 2 y a los cuales se les pueda intervenir y desarrollar un adecuado seguimiento. **VER ANEXO 2**

Posteriormente se realiza la semaforización donde se cataloga el verde para los procesos que significan riesgo bajo para el usuario y la institución, calificación hasta 20. Amarillo para los procesos que tienen un riesgo moderado para los usuarios y la institución, de 21 a 50 y rojo para los procesos que según la valoración tienen alto riesgos, con un valor de 125. **VER ANEXO 3**

#### 5.5 CUARTO PASO: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

A partir de los procesos seleccionados como prioritarios, el Nivel Directivo, el responsable del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna; definen el nivel de calidad esperado a lograr por el proceso. Esto significa establecer la forma como se espera que se realice el proceso y la forma como se va a realizar el seguimiento. Los procesos deben ser definidos por la propia institución, a través de las normas, guías o estándares previamente establecidos, de igual manera debe definir los instrumentos de monitoreo y observación de los procesos, tales como los indicadores; estos deben tener una estructura mínima, la cual se consigna en una ficha técnica, la cual, es propuesta por el Ministerio de Protección Social para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 11 de 78              |                                                                                     |

(Ficha Técnica de Indicadores) cada indicador tiene una meta de cumplimiento. Las evidencias de la medición de los indicadores se realizan con el seguimiento utilizando una tabla de seguimiento.  
**(VER ANEXO No. 4)**

## 5.6. QUINTO PASO: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS.

Es realizado por equipo de **Auditoria**.

Para realizar esta medición se utilizan los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin. Se toman los pasos:

1. Formarse un juicio profesional y
2. Emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Al final de la ejecución de este paso se tendrá un diagnóstico del estado actual de los procesos definidos como prioritarios frente a lo esperado, en otras palabras se contará con la detección de fallas de calidad.

En este paso se desarrolla uno de los objetivos del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención de Salud; donde se comparan la calidad observada con la calidad esperada.

### CALIDAD ESPERADA/ CALIDAD OBSERVADA

## 5.7 SEXTO PASO: PLAN DE ACCIÓN PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS

La formulación del Plan de Mejoramiento deberá ser enfocado a la solución de las causas fundamentales que nos permiten lograr los resultados esperados. Para realizar este plan de mejoramiento se deberán tener en cuenta algunos aspectos como:

- Definir claramente el problema y su grado de importancia.
- Detallar las características del problema, tomando en cuenta las opiniones de las personas involucradas en el problema.
- Analizar el problema para hallar las causas del problema, utilizando herramientas de estadística.
- Realizar un plan de acción para los procesos seleccionados muy detallado, capaz de solucionar el problema y acompañado de indicadores para la evaluación de los resultados posteriores. Se presenta hasta el estándar hospitalario

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 12 de 78              |                                                                                     |

## 5.8 SEPTIMO PASO: EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Para ejecutar el plan de mejoramiento se requiere el apoyo del nivel directivo de la Institución, de esta manera será más fácil crear los espacios y medios de implementación y seguimiento al Plan de Mejoramiento. El mejoramiento de la calidad, se cierra cuando la auditoria hace seguimiento a la implementación de las mejoras; para verificar cuál fue el impacto de estas en la calidad en cuanto la atención a los usuarios y pueda medir qué tanto se recuperó con la inversión en calidad.

## 5.9 OCTAVO PASO: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Como elemento del seguimiento es importante examinar si las acciones de mejoramiento son efectivas, lo cual se logra mediante la medición sistemática a través de los indicadores propuestos. Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados.

Como resultado de la evaluación del mejoramiento, se pueden presentar dos situaciones:

- La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema
- La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

## 5.10 NOVENO PASO: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional se refiere a la toma de decisiones definitivas, la elaboración de estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico, para evitar que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada. En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

En resumen, para que las organizaciones estén en capacidad de realizar las acciones planteadas por el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, deberán en forma previa haber seleccionado los procesos considerados como prioritarios, procesos considerados como prioritarios de acuerdo con la problemática particular y con la disponibilidad de recursos para su intervención.

De igual forma, las organizaciones deberán haber definido en forma explícita, deliberada y formal una metodología para establecer la calidad esperada en los procesos de la organización, los mecanismos de medición, los resultados a lograr, los canales para informar los hallazgos obtenidos y la forma de realizar las acciones de mejoramiento, aspectos que deben ser conocidos

por todos los miembros de la institución e implementados por los responsables de los procesos seleccionados como prioritarios.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 13 de 78              |                                                                                     |

| VERSION MODIFICADA O ACTUALIZADA No. | CAMBIOS EFECTUADOS                                          | FECHA DE LA VERSION MODIFICADA O FECHA DE LA ACTUALIZACION |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1                                    | SE MODIFICA FECHA DE INDICADORES                            | 2015/12/04                                                 |
| 2                                    | SE ESTABLECEN INDICADORES DE ALERTA                         | 2016/03/03                                                 |
| 3                                    | SE ACTUALIZA PORTAFOLIO DE SERVICIOS                        | 2016/06/23                                                 |
| 4                                    | SE ACTUALIZA EL ANEXO 2                                     | 2017/02/02                                                 |
| 5                                    | SE ACTUALIZA EL ANEXO 3 Y 4                                 | 2017/06/09                                                 |
| 6                                    | SE ESTABLECEN INDICADORES DE ALERTA                         | 2018/02/16                                                 |
| 7                                    | SE ACTUALIZA LOGO INSTITUCIONAL                             | 2018/06/15                                                 |
| 8                                    | SE ACTUALIZA MAPA DE PROCESOS                               | 2019/02/08                                                 |
| 9                                    | SE ACTUALIZA LA RUTA DE AUDITORIA                           | 2019/06/14                                                 |
| 10                                   | SE ACTUALIZA PLAN DE ACCIÓN PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS | 2020/02/28                                                 |

COPIA  
CONTROLADA



|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 14 de 78              |                                                                                     |

## Anexo 1.

| ESTANDARES ASITENCIALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |          |          |          |                      |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------------------|----------------------|
| DERECHO DE LOS PACIENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |          |          |                      |                      |
| <b>Estándar 1. Código: (AsDP1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>5</b> | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>2</b><br><b>X</b> | <b>1</b>             |
| <p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |          |          |                      |                      |
| <p><i>Criterios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).</li> <li>La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</li> <li>La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.</li> <li>El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.</li> <li>La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</li> <li>Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.</li> <li>La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</li> <li>La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.</li> </ul> |          |          |          |                      |                      |
| <b>Estándar 2. Código: (AsDP2).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>5</b> | <b>4</b> | <b>3</b> | <b>2</b>             | <b>1</b><br><b>X</b> |
| <p>La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |          |          |                      |                      |
| <p><i>Criterios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.</li> <li>El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo.</li> <li>La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos.</li> <li>Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución.</li> <li>El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación.</li> <li>Las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación.</li> <li>Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |          |          |                      |                      |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 15 de 78              |                                                                                     |

### 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

#### 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 otros).

### Estándar 4. Código: (AsDP4)

La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

#### Criterios:

- Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, salas de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extrahospitalaria o intrahospitalaria prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.
- Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

### Estándar 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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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.

### Estándar 6. Código: (AsSP2)

La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 16 de 78              |                                                                                     |

**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

**Estándar 7. Código: (AsSP3)**

La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

COPIA

**ACCESO**

**Estándar 8. Código: (AsAC1)**

La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

**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.
- Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción.

**Estándar 9. Código: (AsAC2)**

En caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

**Estándar 10. Código: (AsAC3)**

Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

**Estándar 11. Código: (AsAC4)**

Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 17 de 78              |                                                                                     |

**Criterios:**

- En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.

**Estándar 12. Código: (AsAC5)**

La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención; esta programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

**Estándar 13. Código: (AsAC6)**

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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

**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 administrativos y asistenciales, incluida la toma de muestras de laboratorio y la realización de exámenes de apoyo (laboratorio e imagenología).
- Tiempos para la realización de interconsultas.
- Listas de espera para las patologías que lo ameritan.
- Demanda insatisfecha.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Estándar 14. Código: (AsAC7)**

La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información debe ser explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no cubiertos.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

**Estándar 15. Código: (AsAC8)**

Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

**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), cuando aplique.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 18 de 78              |                                                                                     |

- Quien asigna la cita conoce la información de: disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores en los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.
- Al momento de asignar la cita al usuario, se le informa fecha, hora, dirección y profesional asignado, así como la forma para cancelarla. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.
- La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.
- La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención.
- La organización tiene estandarizado el flujo de información que indique el procedimiento a seguir a los usuarios con solicitud de exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas o de aquellos servicios que no requieran cita previa para su realización.

#### Estándar 16. Código: (AsREG1)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

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.

Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:

- Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.
- Mecanismos redundantes de identificación del usuario.
- Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.
- Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.
- Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.
- Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.
- Identificación de los pacientes en la urgencia.
- Se tiene estandarizada la preparación previa que el usuario debe cumplir con el fin de que le sean realizados los procedimientos ordenados por el equipo de salud y se verifica que se cumpla con dicha preparación. El personal de recepción deberá informar al usuario que no esté adecuadamente preparado sobre los pasos a seguir para el cumplimiento de dicho requisito. En todo caso, se apoyará por los profesionales y técnicos de la organización, en caso de presentarse alguna duda.
- La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.
- La organización cuenta con un proceso de asesoría para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los usuarios carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.
- La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios.
- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

#### Estándar 17. Código: (AsREG2)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

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.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 19 de 78              |                                                                                     |

- 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.
- Ubicación en la habitación y en el entorno.
- Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.
- Medidas para involucrar al usuario y su familia en los procesos de seguridad de la atención: información, reporte de situaciones anormales, ejemplos de situaciones de riesgo, etc.
- Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

#### Estándar 18. Código: (AsREG3)

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 adherencia.
- Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparación.
- Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

### EVALUACIONES DE NECESIDADES AL RIESGO

#### Estándar 19. Código: (AsEV1)

La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

### ACCESO

#### Estándar 20. Código: (AsEV2)

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

#### Estándar 21. Código: (AsEV3)

La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

#### Estándar 22. Código: (AsPL1)

Si la organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 20 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 23. Código: (AsPL2)

Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.

En cualquier tipo de organización, esta planeación incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2        | 1 |
|---|---|---|----------|---|
|   |   |   | <b>X</b> |   |

#### Estándar 24. Código: (AsPL3)

En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico.

| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|---|---|---|---|
| NA |   |   |   |   |

#### Estándar 25. Código: (AsPL4)

En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.

| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|---|---|---|---|
| NA |   |   |   |   |

#### Estándar 26. Código: (AsPL5)

El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en imagenología incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

#### Estándar 27. Código: (AsPL6)

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.

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

#### Estándar 28. Código: (AsPL7)

La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1        |
|---|---|---|---|----------|
|   |   |   |   | <b>X</b> |

#### Estándar 29. Código: (AsPL8)

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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1        |
|---|---|---|---|----------|
|   |   |   |   | <b>X</b> |

#### Estándar 30. Código: (AsPL9)

La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1        |
|---|---|---|---|----------|
|   |   |   |   | <b>X</b> |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 21 de 78              |                                                                                     |

**Estándar 31. Código: (AsPL10)**

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.

5 4 3 2 1

X

**Estándar 32. Código: (AsPL11)**

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:

5 4 3 2 1

X

**Estándar 33. Código: (AsPL12)**

La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:

5 4 3 2 1

X

**Estándar 34. Código: (AsPL13)**

La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.

5 4 3 2 1

X

**Estándar 35. Código: (AsPL14)**

El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.

5 4 3 2 1

X

**Estándar 36. Código: (AsPL15)**

La organización garantiza que en el laboratorio clínico, patología e imagenología se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos para:

5 4 3 2 1

X

**Estándar 37. Código: (AsPL16)**

La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información. Incluye:

5 4 3 2 1

X

**Estándar 38. Código: (AsPL17)**

El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.

5 4 3 2 1

X

**Estándar 39. Código: (AsPL18)**

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:

5 4 3 2 1

X

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 22 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |          |          |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----------|----------|----------|
| <b>Estándar 40. Código: (AsEJ1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 | 4 | 3        | 2        | 1        |
| 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.                                                                                                                                  |   |   | <b>X</b> |          |          |
| <b>Estándar 41. Código: (AsEJ2)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 | 4 | 3        | 2        | 1        |
| El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:                                                                                                                                                                                                                                |   |   |          | <b>X</b> |          |
| <b>Estándar 42. Código: (AsEJ3)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 | 4 | 3        | 2        | 1        |
| El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   | <b>X</b> |          |          |
| <b>Estándar 43. Código: (AsEJ4)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 | 4 | 3        | 2        | 1        |
| La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas). |   |   |          |          | <b>X</b> |
| <b>Estándar 44. Código: (AsEJ5)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 | 4 | 3        | 2        | 1        |
| 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. |   |   |          |          | <b>X</b> |
| <b>Estándar 45. Código: (AsEJ6)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 | 4 | 3        | 2        | 1        |
| La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.                                                                                                                                                                                                          |   |   |          |          | <b>X</b> |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 23 de 78              |                                                                                     |

## EVALUACION DE LA ATENCION

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |   |          |   |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|----------|---|----------|
| <b>Estándar 46. Código: (AsEV1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5  | 4 | 3        | 2 | 1        |
| 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.                                                                                              |    |   | <b>X</b> |   |          |
| <b>Estándar 47. Código: (AsEV2)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5  | 4 | 3        | 2 | 1        |
| 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: |    |   | <b>X</b> |   |          |
| <b>Estándar 48. Código: (AsEV3)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5  | 4 | 3        | 2 | 1        |
| La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.                                                                                                                                                                                                                       |    |   |          |   | <b>X</b> |
| <b>Estándar 49. Código: (AsEV4)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5  | 4 | 3        | 2 | 1        |
| La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios:                                                                                                                                                                             | NA |   |          |   |          |
| <b>Estándar 50. Código: (AsSAL1)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5  | 4 | 3        | 2 | 1        |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                |    |   |          |   | <b>X</b> |
| <b>Estándar 51. Código: (AsSAL2)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 5  | 4 | 3        | 2 | 1        |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                |    |   | <b>X</b> |   |          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 24 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 52. Código: (AsREF1)

En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:

1. La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros.
2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente.
3. Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario.
4. La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente.
5. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas

5 4 3 2 1

X

#### Estándar 53. Código: (AsREF2)

Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales:

5 4 3 2 1

X

#### Estándar 54. Código: (AsREF3)

En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos:

5 4 3 2 1

X

#### Estándar 55. Código: (AsREF4)

En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.

5 4 3 2 1

X

#### Estándar 56. Código: (AsREF5)

En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.

5 4 3 2 1

X

#### Estándar 57. Código: (AsREF6)

La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.

5 4 3 2 1

X

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 25 de 78              |                                                                                     |

## ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

### Estándar 75. 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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   | X |   |   |   |

#### 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.
- La seguridad del paciente y los colaboradores. • El enfoque y la gestión de riesgo.
- La humanización durante la atención del usuario y su familia.
- La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
- Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
- La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios. • Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.
- La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.
- La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores. • Las necesidades del usuario y su familia.
- La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
- Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.

### Estándar 76. Código: (DIR 2)

La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

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

### Estándar 77. Código: (DIR3)

La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

#### Criterio:

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

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 26 de 78              |                                                                                     |

**Estándar 78. Código: (DIR.4.)**

La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

**Estándar 79. Código: (DIR.5)**

La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

**Estándar 80. 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

**Estándar 81. Código: (DIR7)**

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

**Estándar 82. 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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

**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 atributos de la calidad y su mejoramiento
- Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización
- El enfoque y los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.
- Evaluación de gestión de riesgo.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

**Estándar 83. Código: (DIR9)**

La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

Continúa

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 27 de 78              |                                                                                     |

#### 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.

#### Estándar 84. Código: (DIR10)

- Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

#### 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.

#### Estándar 85. 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.

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| NA |   |   |   |   |

#### Criterios:

- El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia.
- El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.
- El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.
- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red.
- El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red

#### Estándar 86. Código: (DIR12)

Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye:

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| NA |   |   |   |   |

#### Criterios:

- Personal clínico-docente con formación en pedagogía. • Experiencia docente.
- Políticas de formación y educación continuada. • Políticas de investigación.
- Plan de desarrollo docente. • Definición clara de roles.
- Asignación de responsabilidades.
- Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias. •

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 28 de 78              |                                                                                     |

Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.

## ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO

### Estándar 87. Código: (DIRMCC1)

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 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

## ESTÁNDARES DE GERENCIA

### Estándar 88. Código: (GER1)

Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos.

#### 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

### Estándar 89. 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

### Estándar 90. Código: (GER. 3)

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

### Estándar 91. Código: (GER. 4)

La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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 estratégicos y administrativos.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 29 de 78              |                                                                                     |

- Realiza acciones de evaluación y mejora.

#### Estándar 92. Código: (GER. 5)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

- La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:

##### Criterios:

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

#### Estándar 93. Código: (GER.6)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

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.

#### Estándar 94. Código: (GER.7)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.

##### Criterios:

- Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. • Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.
- Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.
- Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento

#### Estándar 95. Código: (GER.8)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

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.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 30 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 96. 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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Estándar 97. 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 de los clientes.
- Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar
- Un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores.
- Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.

- Los clientes internos y el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar cuando son agredidos durante su estancia en la organización.
- La organización cuenta con una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores.
- La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

#### Estándar 98. 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 prevista a los clientes durante el proceso de atención.
- Evaluación de los recursos disponibles.
- Balance oferta-demanda.
- Análisis de los presupuestos.
- Evaluación de costos.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Estándar 99. Código: (GER.12)

Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante :

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 31 de 78              |                                                                                     |

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

#### **Estándar 100. Código: (GER.13)**

Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

#### *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 prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización.
- La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo.
- Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero.

#### **Estándar 101. Código: (GER.14)**

La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

#### *Criterios:*

- Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa. • Identificación de recursos para la práctica formativa.
- Desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento.
- Actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas. • Balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación.
- Balance y adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades de personal en práctica formativa

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 32 de 78              |                                                                                     |

## ESTANDAR DE MEJORAMIENTO

### Estándar 102. Código: (GERMCC1)

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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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 grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

## ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

### Estándar 103. Código: (TH1)

Existen procesos para identificar y responder a las necesidades del talento humano de la organización consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización. Estos procesos incluyen la información relacionada con:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

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

### Estándar 104. Código: (TH2)

Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

- Legislación.
- Cambios en el direccionamiento estratégico.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 33 de 78              |                                                                                     |

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

#### Estándar 105. Código: (TH3)

La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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.

- Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.
- Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.
- Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.
- Asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.
- Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención

#### Estándar 106. Código: (TH4)

Existe un proceso para garantizar que el talento humano de la institución, profesional y no profesional, tenga la competencia para las actividades a desarrollar. Estas competencias también aplican para los servicios contratados con terceros y es responsabilidad de la organización contratante la verificación documentada de dichas competencias. Las competencias están definidas con base en las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

- Educación.
- Licenciamiento o certificación, si aplica.
- Experiencia requerida.
- Habilidades.
- Relaciones interpersonales.
- Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.
- El talento humano relacionado con docencia e investigación tiene las competencias para las prácticas formativas asignadas.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 34 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 107. Código: (TH5):

Existe un mecanismo diseñado, implementado y monitoreado sistemáticamente para verificar antecedentes, credenciales y se determinan las prerrogativas de los colaboradores de la organización, el cual incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

- Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.
  - Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.
- En relación con los registros de los colaboradores se garantiza:

- Confidencialidad y seguridad.
- Control en el acceso a los registros.
- Consentimiento de los colaboradores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del talento humano propias de la organización.

#### Estándar 108. Código: (TH6)

Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:

#### Criterios:

- Direccionamiento estratégico.
- Inducción y reinducción.
- Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.
- Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.
- Código de ética y código de buen gobierno.
- Modelo de atención.
- Portafolio de servicios.
- Estructura organizacional.
- Expectativas del desempeño.
- Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.
- Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.
- Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.
- Comisiones clínicas.
- La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.
- El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.
- Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.
- El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.
- Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Estándar 109. Código: (TH7)

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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 35 de 78              |                                                                                     |

**Criterios:**

- La competencia es evaluada desde el proceso de selección.
- El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.
- El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.
- En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.
- Se provee retroalimentación a los evaluados.
- El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.

**Estándar 110. Código: (TH8)**

La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

**Criterios:**

- El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:
- Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo. • Pasos o fases del proceso de atención.
- Seguridad del paciente.
- Humanización del servicio. •
- Habilidades comunicativas. • Enfoque de riesgo.
- Gestión de tecnologías.
- Protocolos y guías de atención. •
- Investigación científica.
- Entrenamiento de estudiantes, si aplica.

**Estándar 111. Código: (TH9)**

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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

**Estándar 112. Código: (TH10)**

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 priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

**Estándar 113. Código: (TH11)**

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.
- Medición de fatiga y estrés laboral.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 36 de 78              |                                                                                     |

- Carga laboral, turnos y rotaciones.
- Ambiente de trabajo.
- Abordaje de la enfermedad profesional.
- Preparación para la jubilación y el retiro laboral.
- Mejoramiento de la salud ocupacional.

Estos criterios se consideran también para el personal en práctica formativa, docentes e investigadores.

#### Estándar 114. Código: (TH12)

La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Esto considera si:

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

##### 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.

COPIA  
CONTROLADA

#### Estándar 116. Código: (TH14)

Se cuenta con procesos planeados, implementados y evaluados para la supervisión, asesoría, prerrogativas, autorizaciones y acompañamiento al personal en prácticas formativas durante los procesos de contacto directo con el paciente, si aplica.

| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|---|---|---|---|
| NA |   |   |   |   |

#### Estándar 117. Código: (TH15)

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.

| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
|----|---|---|---|---|
| NA |   |   |   |   |

### ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO

#### Estándar 118. Código: (THMCC1)

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:

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

##### Criterios:

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento.
- 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 aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 37 de 78              |                                                                                     |

## ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

### Estándar 119. Código: (GAF1)

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

- Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.
- Enfoque de riesgo.
- Mejoramiento de la seguridad industrial.
- Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.
- La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.
- La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.
- Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.
- Condiciones para la humanización del ambiente físico.

### Estándar 120. Código: (GAF2)

La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.



| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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 accidentes relacionados con el manejo inseguro del ambiente físico. Derivado de lo anterior, se generan estrategias para prevenir su recurrencia.
- La organización cuenta con protocolos de limpieza y desinfección que son revisados y ajustados periódicamente. Estos protocolos son conocidos por el personal que lo aplica y por todos aquellos que la organización considere pertinente. El entendimiento y la aplicación de estos protocolos son evaluados de manera periódica.
- Protocolos para casos de reúso.
- Proceso de esterilización seguro.
- Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.
- Manejo seguro del servicio de alimentación.
- Condiciones del espacio físico para aislamiento.
- El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria.

### Estándar 121. Código: (GAF3)

La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental.  
Incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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.
- Aportes de la organización a la conservación del ambiente.
- Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 38 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 122. Código: (GAF4)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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

##### Criterios:

- Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.
- Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.
- Impacto ambiental.
  - Elementos de protección para el personal.
  - Reciclaje y comercialización de materiales.
- El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.
- Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.
- La organización debe garantizar que existen procesos para la adecuada disposición de desechos una vez estos abandonan las instalaciones físicas de la misma. Ello incluye la garantía de que estos no suponen un riesgo para ninguna comunidad fuera de la organización. Esta garantía debe ser explícita, aun cuando se tenga contratada una empresa delegada encargada de la disposición de los desechos.
- La organización garantiza la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.
- Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.

#### Estándar 123. Código: (GAF5)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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 cuales se implementan acciones de mejora y se asegura que las recomendaciones se implementan.
- La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.
- La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.
- Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.
- Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.
- La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.
- Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:
  - ☑ Disposición de áreas para la recepción de los afectados.
  - ☑ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.
  - ☑ Aplicación de un sistema de triage.
- Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios.
- Activación de protocolos de salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.
- Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.
- Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.
- El proceso está acorde con los códigos aprobados.
- Educación a los empleados de la organización sobre planes en casos de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.
- Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.
- Evacuación de los usuarios en riesgo.
- Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.
- Sistemas de evacuación.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 39 de 78              |                                                                                     |

- Señalización de sistemas de evacuación.

- Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.
- La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio.
- Un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas

#### Estándar 124. Código: (GAF6)

Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | X |

##### Criterios:

- Identificación de usuarios que deben ser reubicados.
- Comunicación de esta situación a las familias.
- Sistema de transporte de los usuarios.
- Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.

#### Estándar 125. Código: (GAF7)

La organización minimiza el riesgo de pérdida de usuarios durante su proceso de atención a través de su infraestructura y sus procedimientos organizacionales. En el caso de pérdida de un paciente, existe un proceso diseñado, implementado y evaluado para el manejo de esta situación. El proceso incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

##### Criterios:

- Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.
- Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.
- Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes.
- Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente.
- Designación de un responsable de la búsqueda.
- Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.
- Contacto con la Policía y la familia del paciente.

#### Estándar 126. Código: (GAF8)

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Estándar 127. 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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

##### Criterios:

- Condiciones de humedad, ruido, iluminación.
- Promoción de condiciones de silencio.
- Señalización adecuada, sencilla y suficiente.
- Ambiente de trabajo adecuado.
- Reducción de la contaminación visual y ambiental.
- Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.
- Salas de espera confortables.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 40 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 128. Código: (GAF10)

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterio:

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

### ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO

#### Estándar 129. Código: (GAFMCC1)

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:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### 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 grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

### ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

#### Estándar 130. Código: (GT1)

La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

- Aspectos normativos.
- Análisis de la relación oferta-demanda.
- Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.
- Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.
- Condiciones del mercado.
- El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.
- El análisis para la incorporación de nueva tecnología, incluyendo: evidencias de Seguridad, disponibilidad de información sobre fabricación, confiabilidad, precios, mantenimiento y soporte, inversiones adicionales requeridas, comparaciones con tecnología similar, tiempo de vida útil, garantías, manuales de uso, representación y demás factores que contribuyan a una incorporación eficiente y efectiva.
- La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.
- La definición de las tecnologías a utilizar para promoción y prevención y acciones de salud pública.
- La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.
- La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.
- Las facilidades, las comodidades, la privacidad, el respeto y los demás elementos para la humanización de la atención con la tecnología disponible y la información sobre beneficios y riesgos para los usuarios.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 41 de 78              |                                                                                     |

- Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.
- El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.
- La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.

#### Estándar 131. Código: (GT2)

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

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Criterios:

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

#### Estándar 132. Código: (GT3)

La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología. Incluye:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

Continúa

Continuación

#### Criterios:

- La evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución.
- La gestión de eventos adversos asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de tecnovigilancia, farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa.
- La difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.
- La información a usuarios sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.
- La revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.
- La realización de entrenamiento para el uso de la tecnología, que garantiza la comprensión del profesional que la usa y el mantenimiento de las condiciones de seguridad, de acuerdo con las especificaciones del proveedor, el reconocimiento del mal funcionamiento y los mecanismos para corregirlos o reportarlos.
- La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas.
- La evaluación del inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos, partes, etc.
- La continuidad de la atención en casos de contingencia por fallas o daños.
- La evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 42 de 78              |                                                                                     |

**Estándar 133. Código: (GT4)**

La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

**Estándar 134. Código: (GT5)**

La organización garantiza que el proceso de mantenimiento (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   | X |   |   |   |

**Criterios:**

- El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda.
- Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario.
- Se evalúan los tiempos de parada de equipos por razones de mantenimiento o daño y se toman las medidas de contingencia necesarias.
- Todas las tecnologías objeto de intervenciones de mantenimiento o reparación cuentan con un proceso de descontaminación previo a su uso, si la situación lo amerita.
- Se explican al personal usuario de las tecnologías los tiempos necesarios para el mantenimiento y las intervenciones realizadas.
- Se da información al usuario, si la situación lo requiere.

**Estándar 135. Código: (GT6)**

La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología en la que se incluye:

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

**Criterios:**

- 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.
- Facilidad de operación.
- Articulación con el direccionamiento estratégico.
- Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.

79

**Estándar 136. Código: (GT7)**

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.

|    |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|
| 5  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| NA |   |   |   |   |

**Criterios:**

- El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual.
- La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de la red, no implica que las instituciones que

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 43 de 78              |                                                                                     |

la conforman no hagan parte de la planeación. monitorización y mejora de dichos procesos, acorde a las directrices emanadas de la gerencia de la red.

- El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.

#### Estándar 137. Código: (GT8)

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.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

#### Estándar 138 Código: (GT9)

La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, habilitación, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

### ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO

#### Estándar 139. Código: (GTMCC1)

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 grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

### ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

#### Estándar 140. 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.
- Investigación.
- Salud pública.
- Promoción y prevención.
- Del paciente y su familia durante su atención.
- Mejoramiento de la calidad.

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 44 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 141. Código: (GI2)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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

#### Estándar 142. Código: (GI3)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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 variaciones no esperadas. • Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.
- Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento continuo.
- Las acciones se comunican a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.

#### Estándar 143. Código: (GI4)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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.).

#### Estándar 144. Código: (GI5)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 45 de 78              |                                                                                     |

**Criterios:**

- La seguridad y la confidencialidad.
- Acceso no autorizado.
- Pérdida de información.
- Manipulación.
- Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.
- Deterioro, de todo tipo, de los archivos.
- Los registros médicos no pueden dejarse o archivar en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.
- Existe un procedimiento para la asignación de claves de acceso.
- Existencia de backups y copias redundantes de información.
- Control documental y de registros.
- Indicadores de seguridad de la información.

**Estándar 145. Código: (GI6)**

Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:

COPIA  
CONTROLADA

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

**Criterios:**

- Oportunidad.
- Facilidad de acceso.
- Confiabilidad y validez de la información.
- Seguridad.
- Veracidad.



**Estándar 146. 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:

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

**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 electrónica.
- La generación de información útil en los niveles operativos.
- La evaluación de la calidad y coherencia de datos generados

**Estándar 147. Código: (GI8)**

Existe un mecanismo formal para consolidar e integrar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

**Criterios:**

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

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 46 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 148. Código: (GI9)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

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.
- Garantía de la custodia de los registros clínicos.
- Unicidad de los registros clínicos para cada usuario.
- Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.
- Esquema del proceso de transición a historia clínica electrónica.
- Sistemas de chequeo para evitar errores en la identificación de los usuarios.
- Sistemas de alarma redundante para las condiciones que lo ameriten.
- Procesos para la entrega de los resúmenes de historia clínica solicitados por las autoridades competentes o los mismos usuarios.
- La organización garantiza que en los procesos de la gerencia de información es posible verificar si el usuario ha asistido previamente a la institución, en qué fechas, qué profesional lo ha atendido, qué exámenes se le han ordenado, etc.
- Cuando se tenga un sistema mixto de registro de atenciones (electrónico y manual), se debe garantizar que haya un solo sistema de identificación del paciente, para que el contenido de las atenciones esté disponible para cualquier prestador y se le pueda hacer auditoría integral al registro.

#### Estándar 149. Código: (GI10)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   | X |   |   |

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.

#### Estándar 150. Código: (GI11)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

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.

#### Estándar 151. Código: (GI12)

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   | X |   |

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.).
- Se articula información clínica y administrativa.
- Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.
- Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 47 de 78              |                                                                                     |

#### Estándar 152. Código: (GI13)

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

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

### ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO

#### Estándar 153. Código: (GIMCC1)

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 grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados.

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

COPIA  
CONTROLADA

### ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO

#### Estándar 154. Código: (MCC1)

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

| 5 | 4 | 3        | 2 | 1 |
|---|---|----------|---|---|
|   |   | <b>X</b> |   |   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 48 de 78              |                                                                                     |

**Estándar 155. Código: (MCC2)**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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.
- Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios 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 y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.

**Estándar 156. Código: (MCC3):**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

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 correspondan a las oportunidades de mejoramiento.
- seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.
- Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.
- Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.

**Estándar 157. Código: (MCC4):**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   | X |   |   |   |

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.
- Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.

**Estándar 158. Código: (MCC5):**

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|   |   | X |   |   |

Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 49 de 78              |                                                                                     |

**ANEXO 2.**  
**DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL**  
**ANALISIS CUALITATIVO**

| ESTÁNDARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | FORTALEZAS                                                                        | OPORTUNIDADES DE MEJORA                                                                                                            | PROCESO A MEJORAR            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Estándar 1.</b><br><b>código: (asdp1)</b> la organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. el personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes. | la clínica tiene definido cuales son los derechos y los deberes de los pacientes. | Socializar a todos los pacientes y familiares los derechos y deberes, realizar desde el la admisión del paciente a la institución. | direccionamiento estratégico |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>FORTALEZAS</b>                                                                 | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                     | <b>PROCESO A MEJORAR</b>     |
| <b>Estándar 3.</b><br><b>código: (asdp3)</b> la Organización cuenta con un código de ética y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Se tiene definido el código de ética y buen gobierno.                             | socializar el código de ética y buen gobierno a todo el personal asistencial y administrativo de la                                | direccionamiento estratégico |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 50 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               | institución, y evaluar su adecuado cumplimiento, teniendo en cuenta los criterios del estandar.                                                                                                                                                 |                          |
| <b>Estándar 4. código: (asdp4)</b> la organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.                                         | <b>Definir</b>                                                                                                                | definir la contratación de los servicios que se prestan en la institución, teniendo en cuenta que se cumplan los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados                                                              | contratación             |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                             | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 6. código: (assp2)</b> la política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de | se tiene definido el comité de seguridad del paciente, encargado de la medición de la cultura de seguridad y eventos adversos | fortalecer la política de seguridad del paciente, creando 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). |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 51 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| pacientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>FORTALEZAS</b>                                                | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 9. código: (asac2)</b><br>en caso de organizaciones integradas en red, se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso. se evalúan las barreras del acceso y se Desarrollan acciones de mejoramiento.                                                                                                                            | <b>no existe, pendiente definir????</b>                          | identificar el rango de proveedores o puntos de atención en salud y las rutas de acceso                                                                                                                                                                |                          |
| <b>Estándar 10. código: (asac3)</b><br>está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones. | Se tiene definido el protocolo de ingreso y egreso del paciente. | estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; socializarlo a todo el personal asistencial y administrativo de la Organización. |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>FORTALEZAS</b>                                                | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 13. código: la</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>no existe, definir????</b>                                    | definir los indicadores y respuesta                                                                                                                                                                                                                    |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 52 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>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.</p>                                                       |                                                                                                                                   | <p>hospitalaria estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria</p>                                                                                                                                                                                      |  |
| <p><b>Estándar 14. Código: (AsAC7)</b><br/>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.</p> | <p>En el momento de ingreso de cada paciente, se le da información necesaria sobre los servicios que se presta en la clínica.</p> | <p>Diseñar mecanismos para garantizar a todos los usuarios sobre los servicios que la institución 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.</p> |  |
| <p><b>Estándar 15. código: (asac8)</b><br/>la Organización garantiza la información al usuario sobre los m 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</p>                                                | <p>en el momento solo se presta servicio de cuidado intensivo</p>                                                                 | <p>definir</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 53 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                  |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| a la prestación de tales servicios no cubiertos.                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                  |                          |
| <b>Estándar 16.</b><br><b>código: (asreg1)</b> está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparación del usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario. | definir           | Definir.                                                                                                                                                                                         |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FORTALEZAS</b> | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                                                   | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 19.</b><br><b>código: (asev1)</b> la organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.                                                                                                                                                                 | no existe         | diseñar mecanismos para identificar , evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.                                                                                        |                          |
| <b>Estándar 20.</b><br><b>código: (asev2)</b> la organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades                                        | no existe         | diseñar mecanismos para evaluar sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, teniendo en cuenta la participación de los usuarios. |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 54 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| <b>Estándar 21.</b><br><b>Código: (AsEV3)</b><br>La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología                                                                        | La institución no garantiza que el personal está capacitado para identificar las patologías o condiciones que requieren aislamiento, existe lo protocolos de aislamiento.                                                                                                                              | Actualizar y socializar a todo el personal asistencial el protocolo de aislamiento. <div>   </div> |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                                                                                                                          | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 23.</b><br><b>Código: (AsPL2)</b><br>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, | La institución cuenta con los Protocolos y guías de manejo en el servicio de la uci, estas guías y protocolos se han desarrollado teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia.<br>Se ha socializado con el personal asistencial las guías y protocolos en la institución. | Incluir dentro del programa de inducción, reinducion y entrenamiento, la difusión de los protocolos y guías de manejo en UCI.                                                                                                                                           |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 55 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| esta planeación incluye(criterios)                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                                                                                                                                                      |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b> | <b>PROCESO A MEJORAR</b>                                                                                                                             |
| <b>Estándar 28. Código: (AsPL7)</b><br>La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones. | <p>En la clínica se encuentra el área de cuidado intensivo que cuenta con personal calificado que presta la atención en dicho servicio.</p> <p>La unidad de cuidado intensivo cumple con los requerimientos de la Resolución 1043 de 2006 que permite prestar un servicio adecuado y teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente.</p> <p>-La institución identifica e interviene oportunamente a los pacientes que tienen mal pronóstico de vida,</p> <p>El personal asistencial brinda la información pertinente a los familiares en casos de aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de</p> | Definir                        | <div style="text-align: center;"> <p>COPIA CONTROLADA</p>  </div> |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 56 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                    |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. En los casos en los cuales el médico tratante detecta patologías que requieran apoyo emocional solicita interconsulta con el profesional correspondiente.</p> |                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <p><b>Estándar 29. Código: (AsPL8)</b><br/>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)</p> | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                      | NO APLICA                                                                                                                                          |  |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                     | <b>PROCESO A MEJORAR</b>                                                            |
| <p><b>Estándar 30. Código: (AsPL9)</b><br/>La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se brinda toda la información necesaria al paciente y los familiares sobre su enfermedad y                                                                                                                                     | Proceso que se realiza pero no se encuentra documentado. El personal asistencial les proporciona a los pacientes la educación necesaria de acuerdo |                                                                                     |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 57 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención | <p>posibilidades de manejo, también en el momento de su egreso se dan recomendaciones sobre la importancia en la continuidad del mismo y las consultas en caso de recaídas o nuevos acontecimientos en su salud.</p> <p>- Parte de la información que se le proporciona al paciente es consignada en la Historia Clínica</p> <p>-El personal que labora en la institución está capacitado sobre la importancia de la comunicación con el paciente y su familia</p> <p>La información es brindada por un equipo interdisciplinario que está a cargo de los cuidados del paciente.</p> | con su patología, condiciones clínicas | <div style="text-align: center;"> <p>COPIA CONTROLADA</p>  </div> |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                             | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>         |                                                                                                                                                      |
| <b>Estándar 33. Código: (AsPL12)</b><br>La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                                                                                      |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 58 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| farmacológica para cada paciente; incluye (criterios)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                       |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                              | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                        | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 41. Código: (AsEJ2)</b><br>El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo (criterios)                                                                                                                                                                                                                     | El personal Asistencial se esfuerza por proveer de información básica al paciente y acompañante durante el proceso de atención | Implementar una lista de chequeo que permita evaluar el entendimiento del paciente o familiares, frente a la información dada acerca de su diagnóstico y tratamiento. |                          |
| <b>Estándar 43. Código: (AsEJ4)</b><br>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). | No existe                                                                                                                      | Adoptar la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente. Implementar el protocolo para la notificación de este tipo de eventos                  |                          |
| <b>Estándar 44. Código: (AsEJ5)</b><br>La organización tiene procesos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Definir                                                                                                                        | definir                                                                                                                                                               |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 59 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <p>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</p> |                                                                                                                                                        |                                                                                                                     |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                      | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                      | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <p><b>Estándar 45. Código: (AsEJ6)</b><br/>La Organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.</p>                                                                                                                                  | <p>En la institución no existen estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, que responda a necesidades de la población objeto</p> | <p>Implementar un programa de educación para los usuarios según sus necesidades, que incluya metas y objetivos,</p> |                          |
| <p><b>Estándar 48. Código: (AsEV3)</b><br/>La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un</p>                                                                                                                                                                                     | <p>definir</p>                                                                                                                                         | <p>definir</p>                                                                                                      |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 60 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                     | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 49. Código: (AsEV4)</b><br>La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios | NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                                                                                          |                          |
| <b>Estándar 50. Código: (AsSAL1)</b><br>La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada                                                                                                                                                   | En la institución se tiene documentado el protocolo de egreso del paciente que garantiza al usuario y a su familia la adecuada finalización del tratamiento e incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento</li> <li>• Consulta de control.</li> </ul> | Socializar con todo el personal administrativo y asistencial, el protocolo de egreso del paciente. |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 61 de 78              |                                                                                     |

| finalización de la atención y su posterior seguimiento. Incluye (criterios)                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados generales según diagnóstico de egreso.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ESTÁNDARES                                                                                                                                                                       | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OPORTUNIDADES DE MEJORA                                                                                               | PROCESO A MEJORAR |
| <b>Estándar 52. Código: (AsREF1)</b><br>En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos | Se encuentra documentado el proceso de referencia y contrarreferencia en la institución no hay criterios explícitos para definir la remisión, no se realiza retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente, no se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. | Definir dentro del procedimiento de referencia y contrarreferencia, los criterios explícitos de la remisión.          |                   |
| <b>Estándar 53. Código: (AsREF2)</b><br>Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales                        | definir                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | definir                                                                                                               |                   |
| <b>Estándar 54. Código: (AsREF3)</b><br>En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir                                                            | La institución no cuenta con procesos documentados cuando una muestra de laboratorio                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Definir el proceso cuando el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario |                   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 62 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, se deberán garantizar los siguientes procesos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | requiere ser referida a otro nivel de complejidad o a otra institución de su misma red de servicios | entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización diferente, tener en cuenta los criterios del estándar                                                                                             |                          |
| <b>Estándar 55. Código: (AsREF4)</b><br>En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor | No existe                                                                                           | Definir el proceso del egreso del usuario del servicio de imagenología para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Tener en cuenta los criterios del estándar |                          |
| <b>ESTÁNDARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>FORTALEZAS</b>                                                                                   | <b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>                                                                                                                                                                                                                               | <b>PROCESO A MEJORAR</b> |
| <b>Estándar 56. Código: (AsREF5)</b><br>En los servicios de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | El personal del SIAU informa al usuario pero este                                                   | Definir los mecanismos al egreso del proceso de                                                                                                                                                                                                              |                          |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 63 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador</p>                                                                                                                                                                                                                           | <p>proceso no está documentado. En la institución no se cuenta con un mecanismo documentado donde se informe al paciente sobre tramites que se deben realizar en caso de necesita remisión o cita con otra institución</p> | <p>atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador. Tener en cuenta los criterios del estándar.</p>                                                                                                                                   |  |
| <p><b>Estándar 57. Código: (AsREF6)</b><br/>La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido</p> | <p>La institución no cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente.</p>                                                                                           | <p>Establecer los estándares de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios, garantizar la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos .tener en cuenta los criterios del estándar</p> |  |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 64 de 78              |                                                                                     |

**ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION DIRECCIONAMIENTO  
ANALISIS CUALITATIVO**

| ESTÁNDARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                  | OPORTUNIDADES DE MEJORA                                                                                                                                                                                                                                           | PROCESO A MEJORAR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Estándar 79.</b><br><b>Código: (DIR.5)</b> 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.    | no existe política institucional de atención humanizada, las acciones como capacitaciones al personal no han sido totalmente documentadas, por lo tanto no existen indicadores de seguimiento ni evaluación | Formular y socializar una política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente promoviendo su privacidad y dignidad que sea desplegada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. |                   |
| <b>Estándar 80.</b> 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. | no existe política de prestación de servicios de salud, ni una acogida formal a la política desarrollada por el gobierno en el año 2005                                                                     | Diseñar la política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población del municipio de Cajibío, sin discriminación.                                                                                                  |                   |
| <b>Estándar 81.</b><br><b>Código: (DIR7)</b> Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan                                                                                                                                                                                                                                  | no existe proceso                                                                                                                                                                                           | Elaborar el proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son                                                                                                                                         |                   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 65 de 78              |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>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.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>ejecutados. Garantizando 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 del punto de atención</p> |  |
| <p>Estándar 82. 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</p>                           | <p>no existe un modelo de prestación de servicios de salud documentado, por lo tanto no existe un proceso de evaluación, la gestión clínica se evalúa mediante los estándares que se reportan a la superintendencia nacional de salud (circular 030), el proceso de reporte de estándares está diseñado pero no existe la evaluación de los indicadores.</p> | <p>Elaborar el modelo de prestación de servicios y socializarlo, tener en cuenta la normativa (Política nacional de prestación de servicios de salud)</p>                                                                 |  |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 66 de 78              |                                                                                     |

**ESTANDARES DEL PROCESO DE GERENCIA  
ANALISIS CUALITATIVO**

| ESTÁNDARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | FORTALEZAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | OPORTUNIDADES DE MEJORA                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PROCESO A MEJORAR |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Estándar 89.</b><br><b>Código: (GER. 2)</b> 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. | la organización no cuenta con una estrategia específica de comunicación para el cambio de comportamiento con la cual los colaboradores 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. | Diseñar, socializar e implementar una estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento con la cual los colaboradores 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. |                   |
| <b>Estándar 90.</b><br><b>Código: (GER. 3)</b> Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.                                                                                                                                                                | La institución se adhiere a la normativa existente para la contratación de sus servicios, no existen estudios de suficiencia ni de demanda potencial de servicio basado en indicadores de uso de servicios.                                                                                                               | Diseñar una política organizacional para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.                                                                                                                                                                      |                   |

|                                                                                   |                              |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PAMEC</b>                 |  |
|                                                                                   | Código: SGC-MN-002           |                                                                                     |
|                                                                                   | Versión: 09                  |                                                                                     |
|                                                                                   | Fecha de emisión: 2015/08/06 |                                                                                     |
|                                                                                   | Página 67 de 78              |                                                                                     |

**ESTANDARES DEL PROCESO GERENCIA DEL TALENTO HUMANO  
ANÁLISIS CUALITATIVO**

| ESTÁNDARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FORTALEZAS | OPORTUNIDADES DE MEJORA                                                                                        | PROCESO A MEJORAR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>Estándar 111.</b><br><b>Código: (TH9)</b> La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano. | no existe  | Diseñar e implementar una estrategia de comunicación efectiva e incorporarla en la política de talento humano. | TALENTO HUMANO    |