

Santiago de Cali, Octubre 26 de 2023

CONTROL INTERNO
No. 110.05.01.035.2023

Doctor
CARLOS EDUARDO ARIZABALETA CORRAL
Gerente
Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

ASUNTO: INFORME DE SEGUIMIENTO A AVANCES ACREDITACION EN SALUD 2023

Cordial Saludo,

Dando cumplimiento al Plan Anual de Auditorias basado en Riesgos para la vigencia 2023, el cual establece un (1) Seguimiento a la Implementación Acreditación en Salud, me permito presentar la información resultado del seguimiento realizado por parte de la Oficina de Control Interno, de acuerdo al cronograma establecido por la E.S.E. el cual contempló 22 actividades a desarrollar, para el seguimiento se toma una muestra de 8 actividades programadas correspondiendo al 36% del total del cronograma por parte de la Asesora de Control Interno.

															
Fecha de elaboración: Enero 2023				CRONOGRAMA DE TRABAJO CICLO PREPARACIÓN ACREDITACIÓN 2023											
Periodo de Implementación: Enero a Diciembre 2023															
No.	ACTIVIDAD	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
1	Desarrollo plan de comunicaciones														
2	Desarrollo plan educativo organizacional														
3	Establecimiento del equipo de planeación de acreditación														
4	Establecimiento del recurso logísticos														
5	Selección y organización de los grupos de autoevaluación de estandares														
6	Concientización-educación a evaluadores de estandares incluyendo resolución 1328/2021														
9	Autoevaluación diagnóstica habilitación 3100														
10	Priorización de estandares evaluados														
11	Definir plan de mejora de acreditación (Pamec)														
12	Evaluar el plan de mejora, de educación y comuniccaión de la acreditación														
13	Presentación final de cada equipo														
14	Paciente trazador y auditorías periódicas														
15	Consolidación informe final														
16	Presentación del informe consolidado del diagnostico a la gerencia														
17	Planeación de autoevaluación (cronograma de autoevaluación de estandares de acreditación, código F-CM-GC-050), incluyendo resolución 1328/2021														
18	Iniciar preparacion de documentos de solicitud														
19	Solicitar visita Habilitacion														
20	Enviar solicitud de visita de Acreditación														
21	Respuesta a la solicitud de visita de Acreditación														
22	Visita Otorgamiento														

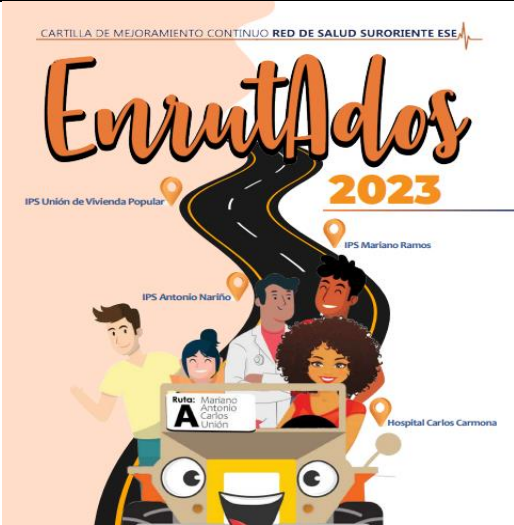
1. Plan de Comunicaciones de Acreditación en Salud – Cumplimiento del **35%**

NO.	ACTIVIDAD	PRODUCTO	CONTENIDO	FRECUENCIA	PERIODO	CANAL	MEIO	MATERIAL	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	SOCIALIZACIÓN INFORME ACREDITACIÓN 2022	BOLETÍN "ENRUTADOS A"	Balance e informe de estado del cierre de acreditación en el 2022, debe incluir: 1. Círculo de avance 2. Calificación por grupo de estándar 3. Fotos de actividades 2022 4. Reconocimientos acreditación 2022	MESESUAL	ÚLTIMA SEMANA DE CADA MES	PERSONAS	FÍSICO	1. BOLETÍN IMPRESO "ENRUTADOS A" - TAMAÑO CARTA X LADO Y LADO																																
2	SOCIALIZACIÓN HISTORIA "MACU"	VIDEO ANIMACIÓN "CONOCIENDO A MACU"	1. Gráficos, historia y propósito MACU 2. MACU y sus amigos 3. Jepeeta 4. Textos alusivos a la "RUTA A" LA EXCELENCIA"	ÚNICA VEZ	ÚLTIMA SEMANA DE FEBRERO	*REDES SOCIALES *PÁGINA WEB *GRUPOS WIS *TV SALA DE ESPERA	DIGITAL	1. VIDEO ANIMACIÓN "CONOCIENDO A MACU"																																
3	HACER MATERIAL IMPRESO PARA TRABAJADORES ESE DE ACREDITACIÓN	CARTILLA "RECORRIENDO LA RUTA A"	1. En diseño	ÚNICA VEZ	MARZO	PERSONAS	FÍSICO	1. CARTILLA IMPRESA ACREDITACIÓN "RECORRIENDO LA RUTA A". 2. LISTADO DE ENTREGA CARTILLAS																																
4	DISTINTIVOS A PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN "SOY PADRINO - EN LA RUTA A"	BOTÓN "SOY PADRINO EN LA RUTA A"	1. Socializar en actividad presencial con los equipos de trabajo la estrategia "SOY PADRINO", que define el medio de comunicación de los conocimientos en acreditación.	ÚNICA VEZ	MARZO	*PERSONAS *REUNIÓN LANZAMIENTO "SOY PADRINO EN LA RUTA A"	FÍSICO	BOTÓN DISTINTIVO - TAMAÑO ESTANDAR FULL COLOR SEGÚN DISEÑO																																
5	GRÁFICO "MENSAJE CLAVE ACREDITACIÓN" INTERNO	IMAGEN GRÁFICA	1. Compromiso de acreditación 2. Marco estratégico (misión- visión) 3. Ejes de la acreditación 4. Estándares de acreditación 5. Políticas	QUINCENAL	LUNES CADA 15 DÍAS	*CORREO ELECTRÓNICO *GRUPOS DE WIS	DIGITAL	GRÁFICO SEGÚN DISEÑO INFOGRAFÍA SEGÚN DISEÑO																																
6	GRÁFICO "MENSAJE CLAVE ACREDITACIÓN" EXTERNO	IMAGEN GRÁFICA	1. Compromiso de acreditación 2. Compromiso institucional 3. Programas de humanización 4. Programas asistenciales 5. Actividades sociales en procesos	QUINCENAL	JUEVES CADA 15 DÍAS	*CORREO ELECTRÓNICO *GRUPOS DE WIS *REDES SOCIALES *PÁGINA WEB *TV SALAS DE ESPERA	DIGITAL	GRÁFICO SEGÚN DISEÑO INFOGRAFÍA SEGÚN DISEÑO																																
7	SOCIALIZACIÓN INFORME ESTADO ACREDITACIÓN	BOLETÍN "ENRUTADOS A"	1. Fotos e información de actividades realizadas en el mes anterior. 2. Informe de puntaje por estándar 3. Tipos acreditación 4. Actividades lúdicas realizadas en mes anterior	MESESUAL	ÚLTIMA SEMANA DE CADA MES	PERSONAS	FÍSICO	1. BOLETÍN IMPRESO "ENRUTADOS A" - TAMAÑO CARTA X LADO Y LADO																																
8	DECORAR SEDES CON IMAGEN DE MACU	PESTONES MACU	1. Slogan "RUTA A" A LA EXCELENCIA" y MACU	ÚNICA VEZ	SEGUNDA SEMANA DE MARZO	SALAS DE ESPERA	FÍSICO	PESTÓN MACU																																
9	SOCIALIZACIÓN PERIÓDICA "COMO VAMOS EN LA ACREDITACIÓN"	VIDEO ANIMACIÓN "ASÍ VAMOS EN LA ACREDITACIÓN"	1. Fotos e información de actividades realizadas en el mes anterior. 2. Informe de puntaje por estándar 3. Tipos acreditación 4. Actividades lúdicas realizadas en mes anterior	MESESUAL	PRIMERA SEMANA DE CADA MES	*CORREO ELECTRÓNICO *GRUPOS DE WIS *REDES SOCIALES *PÁGINA WEB *TV SALAS DE ESPERA	DIGITAL	1. VIDEO ANIMACIÓN "ASÍ VAMOS EN LA ACREDITACIÓN"																																
10	ACTIVIDAD INTERACTIVA PUESTOS DE TRABAJO	RECORRIENDO LA RUTA A	1. Puntajes y respuestas se realizarán recorridos por todas las áreas y sedes de forma quincenal por los líderes del proyecto de acreditación para realizar preguntas	QUINCENAL	VIERNES CADA 15 DÍAS	*PERSONAS	FÍSICO	1. CARTILLA IMPRESA ACREDITACIÓN "RECORRIENDO LA RUTA A" - SECCIÓN ACTIVIDADES 2. STICKER TAMAÑO 15CM FULL COLOR DE "RUTA A"																																
11	ACTIVIDAD DE RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL "RECORRIENDO LA RUTA A"	RECONOCIMIENTO "RECORRIENDO LA RUTA A"	1. Puntaje de cada trimestre se realizará un reconocimiento a aquellos colaboradores que más tengan stickers "jepeeta", en su cartilla de acreditación.	BISEMANAL	ÚLTIMA SEMANA DEL MES	*PERSONAS *REUNIÓN DE RECONOCIMIENTO	FÍSICO	1. DETALLES DE RECONOCIMIENTO 2. DIPLOMAS																																

	Hospital Carlos Carmona Montoya Centro de Salud de Antonio Nariño Puesto de Salud de Unión de Vivienda Puesto de Salud de Mariano Ramos	 
--	--	---

La E.S.E diseñó el plan de comunicaciones de acreditación en salud para la vigencia 2022 – 2023 el cual contiene el marco contextual, el plan de comunicaciones y las estrategias, así mismo establece un cronograma con los productos que se esperan emitir, se procede a realizar el seguimiento de los productos con corte al 30 de septiembre de 2023 así:

Producto	Periodicidad	Evidencias	% Cumplimiento
BOLETÍN "ENRUTADOS A"	Mensual	De acuerdo a la programación, se realizó un boletín "Noti Acreditación" en el mes de agosto de 2023.   En estos momentos se encuentra en elaboración y aprobación el segundo boletín para la vigencia 2023.	11%
VIDEO/ ANIMACIÓN "CONOCIENDO A MACU"	Única vez	El video estaba programado para realizarlo en febrero y marzo 2023, sin embargo, no se evidencia su realización.	0%
CARTILLA "RECORRIENDO LA RUTA A"	Única vez	Emiten la cartilla Enrutados 2023, la cual contiene información general de la ESE, plataforma estratégica, sellos institucionales, camino a la excelencia en salud y los componentes del sistema obligatorio en salud.	100%

			
BOTÓN "SOY PADRINO EN LA RUTA A"	Única vez	Según programación este botón se iba a generar en el mes de marzo de 2023, sin embargo, no se evidencia su realización.	0%
IMAGEN GRÁFICA "MENSAJE CLAVE ACREDITACIÓN" INTERNO	Quincenal	Se realizaron imágenes gráficas para: 1. Invitación jornadas acompañamiento acreditación 2. Invitación jornadas acompañamiento técnico 3. Infografía acreditación tips autoevaluación 4. Líneas estratégicas MACU 5. Misión, Visión, Valores en Jeep 6. Misión MACU 7. Nuestra Historia MACU 8. Nuestra Visión MACU 9. Nuestro Logo MACU 10. Valores Institucionales MACU Se realizaron 9 imágenes gráficas de MACU y 3 imágenes gráficas del JEEP Enrutados, las cuales son utilizadas en las diferentes presentaciones en power point, así como en diferentes comunicaciones que se realizan.	100%

	Hospital Carlos Carmona Montoya Centro de Salud de Antonio Nariño Puesto de Salud de Unión de Vivienda Puesto de Salud de Mariano Ramos	 
---	---	---

MENSAJE CLAVE ACREDITACIÓN" EXTERNO	Quincenal	La ESE ha realizado una publicación en redes sociales frente al tema de Acreditación. 	6%
FESTONES MACU	Única vez	Se realizaron los diseños de los festones de Acreditación, dando cumplimiento a lo programado. 	100%
RECORRIENDO LA RUTA A – Actividad interactiva	Quincenal	Esta actividad, según cronograma se tenía programado iniciar en el mes de marzo de 2023, sin embargo a la fecha no hay evidencia de su ejecución.	0%
RECONOCIMIENTO "RECORRIENDO LA RUTA A"	Bimestral	Esta actividad, según cronograma se tenía programado iniciar en el mes de mayo de 2023, la cual se encuentra relacionada con la actividad anterior, sin embargo a la fecha no hay evidencia de su ejecución.	0%

Recomendación: Realizar seguimiento periódico al cumplimiento del plan de comunicaciones y plan de educación con el fin de identificar desviaciones de manera oportuna para que se tomen los correctivos pertinentes, así como el ajuste justificado a los planes de acuerdo a los seguimientos efectuados.

2. Plan Educativo Organizacional

		PLAN DE EDUCACIÓN PARA ACREDITACIÓN			
VIGENCIA DEL CRONOGRAMA:		2023			
SISTEMA	TEMA	PARTICIPANTES	TÁCTICAS Y HERRAMIENTAS	RESPONSABILIDAD	FRECUENCIA
FUNDAMENTOS BÁSICOS	FUNDAMENTOS DE LA ACREDITACIÓN (V)	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	TRIMESTRAL
	GENERALIDADES DE HABILITACIÓN (V)	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	TRIMESTRAL
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
	GESTIÓN DEL RIESGO	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
	CICLO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD (V)	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
	PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	CUATRIMESTRAL
AUDITORES INTERNOS	Fundamentos de Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL
	Fundamentos de auditorías para sistemas de gestión	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL
	Competencias del auditor y realización de auditoría	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL
	Competencias del auditor y manejo del no conforme	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES DE SALUD.	HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA (V)	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL
	CICLO PHVA (V)	LIDERES DE PROCESOS	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL
	PLAN DE MEJORAMIENTO EN ACREDITACIÓN APLICADO AL SECTOR SALUD	LIDERES DE PROCESOS	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	LÍDERES ACREDITACIÓN	SEMESTRAL

De acuerdo al cronograma establecido se realiza el siguiente seguimiento:

		PLAN DE EDUCACIÓN PARA ACREDITACIÓN		
VIGENCIA DEL CRONOGRAMA:		2023		
SISTEMA	TEMA	TÁCTICAS Y HERRAMIENTAS	FRECUENCIA	SEGUIMIENTO
FUNDAMENTOS BÁSICOS	FUNDAMENTOS DE LA ACREDITACIÓN (V)	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	TRIMESTRAL	1. Capacitación "En la ruta a la excelencia, vamos juntos" de febrero 11 de 2023. Falta listado de asistencia y acta. 2. Así mismo se evidencia cartilla Enrutados 2023, la cual contiene información general de la ESE, plataforma estratégica, sellos institucionales, camino a la excelencia en salud y los componentes del sistema obligatorio en salud.
	GENERALIDADES DE HABILITACIÓN (V)	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	TRIMESTRAL	
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	CUATRIMESTRAL	Se evidencia capacitaciones en practica segura para el manejo de medicamentos y/o dispositivos medicos, reducir el riesgo de daño al paciente causados por caídas, Gestión del riesgo bajo el componente de sesguridad del paciente.
	GESTIÓN CLÍNICA EXCELENTE Y SEGURA		CUATRIMESTRAL	
	HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD		CUATRIMESTRAL	
	GESTIÓN DEL RIESGO		CUATRIMESTRAL	
	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	CUATRIMESTRAL	se evidencia presentacion en power point de acreditación, la cual contiene los avances de fecha 24 de abril de 2023. Falta listado de asistencia y acta. se evidencia presentacion en power point titulo preparandonos para la acreditación en salud año 2023, Falta listado de asistencia y acta.
	CICLO DE LA ACREDITACIÓN EN SALUD (V)		CUATRIMESTRAL	
AUDITORES INTERNOS	PLANEACIÓN Y PREPARACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE ACREDITACIÓN	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	CUATRIMESTRAL	
	Fundamentos de Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	SEMESTRAL	La ESE llevo a cabo jornadas de capacitación en auditores internos las cuales se desarrollaron en 4 modulos durante el mes de junio de 2023 en donde se certificaron 20 auditores internos. Estas capacitaciones se realizaron de manera presencial.
	Fundamentos de auditorías para sistemas de gestión	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	SEMESTRAL	
	Competencias del auditor y realización de auditoría	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	SEMESTRAL	
	Competencias del auditor y manejo del no conforme	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	SEMESTRAL	
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN INSTITUCIONES DE SALUD.	HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA (V)	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	SEMESTRAL	presentación en power point de Acciones Correctivas y Preventivas incluyendo el tema de Ciclo PHVA. No se evidencia la fecha de la capacitación, listado de asistencia y acta. Se realizó presencial. No se evidencia capacitación en plan de mejoramiento en acreditación (PAMEC)
	CICLO PHVA (V)	PLATAFORMA DE CURSO VIRTUAL	SEMESTRAL	
	PLAN DE MEJORAMIENTO EN ACREDITACIÓN APLICADO AL SECTOR SALUD	PRESENCIAL / GRUPOS DE TRABAJO	SEMESTRAL	

3. Establecimiento del equipo de planeación de acreditación – cumplimiento 100%

Según informe de autoevaluación del 17 de abril de 2023, se relaciona la designación de los líderes para cada grupo de estándares así:

NUMERAL	GRUPO	RESPONSABLE
1 al 75 Res 1320 1-19	Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial	Sandra Isabel Cardona
76 al 88 Res 1328 20-24	Grupo de estándares de direccionamiento	Laura Pachón
89 al 103 Res 1328 25-30	Grupo de estándares de Gerencia	Jennifer Solano
104 al 120 Res 1328 31-32	Grupo de estándares de gerencia del Talento Humano	Norma Ballesteros
121 al 131 Res 1328 33-35	Grupo de estándares de gerencia del Ambiente físico	Angie Vargas
132 al 141 Res 1328 36-37	Grupo de estándares de Gestión de la tecnología	Angie Vargas
142 al 155 Res 1328 38-41	Grupo de estándares de Gerencia de la información	Miguel Guevara
156 al 160	Grupo de estándares de mejoramiento de la Calidad	Wilson López

4. Establecimiento del recurso logísticos:

Aunque en el cronograma general como en los cronogramas de autoevaluación por cada estándar no establecen los recursos logísticos requeridos, si se logra evidenciar los recursos utilizados como equipos de cómputo, herramienta INFORWEB, internet, de diseño (imágenes gráficas), redes sociales, entre otros.

5. Concientización-educación a evaluadores de estándares incluyendo resolución 1328/2021: **No se evidencia**

6. Autoevaluación diagnóstica habilitación 3100

De acuerdo a las evidencias aportadas existen archivos de autoevaluación 3100 de los puestos de salud de unión de vivienda popular, puesto de salud mariano ramos, y hospital Carlos Carmona, sin embargo, **no se evidencia el archivo del puesto de salud de Antonio Nariño.**

Obteniendo los siguientes resultados:

PS Unión de Vivienda Popular

TODOS LOS SERVICIOS	TOTAL CUMPLE	TOTAL NO CUMPLE	TOTAL NO APLICA
NUMERO DE CRITERIOS EVALUADOS	139	39	198
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO EVALUADO	78,1%		

PS Mariano Ramos, **se debe revisar la información, puesto que los resultados son iguales a los de la IPS Unión de Vivienda Popular.**

TODOS LOS SERVICIOS	TOTAL CUMPLE	TOTAL NO CUMPLE	TOTAL NO APLICA
NUMERO DE CRITERIOS EVALUADOS	139	39	198
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO EVALUADO	78,1%		

Hospital Carlos Carmona

TODOS LOS SERVICIOS	TOTAL CUMPLE	TOTAL NO CUMPLE	TOTAL NO APLICA
NUMERO DE CRITERIOS EVALUADOS	194	29	139
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO EVALUADO	87,0%		

Se recomienda suscribir plan de mejoramiento de acuerdo a los porcentajes de cumplimiento obtenidos en la autoevaluación de Habilitación.

Igualmente presentan archivos en Excel de análisis de capacidad instalada de las cuatro IPS de la Red de Salud del Suroriente.

El documento de informe de autoevaluación de fecha 17 de abril de 2023, cuyo objetivo fue realizar la autoevaluación del sistema único de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019, como recomendaciones del documento se encuentra realizar novedad de cambio de gerente para la sede HOSPITAL CARLOS CARMONA RENGIFO y definir si se va a prestar el servicio de oftalmología, ya que actualmente no se presta por no contar con talento humano para el servicio. **El documento presentado se encuentra sin firma y sin evidenciar del radicado.**

Se recomienda realizar las novedades identificadas en la autoevaluación del sistema único de habilitación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 (cambio de gerente y servicio de oftalmología).

7. Priorización de estándares evaluados – cumplimiento del 100%

Se evidencia la priorización en Excel de los grupos de estándares de Direccionamiento, Gerencia, Pacas, Talento Humano, Ambiente Físico, Gestión de la Tecnología, Gestión de la Información y Mejoramiento **con sus respectivas actas, las cuales se encuentran sin firma y sin código de TRD**, quedando un total de dieciocho (18) estándares priorizados.

Priorización Direccionamiento

GRUPO DE ESTÁNDARES	ESTÁNDAR	PRIORIZACIÓN				
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)
DIRECCIONAMIENTO	80. Código: DIR6	5	5	5	125	12%

Priorización Gerencia

Grupo de Estándares	Estandar	Descripción	PRIORIZACIÓN				
			RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)
GERENCIA	92. Código: GER5	Estándar 92. Código: (GER. 5) - 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.	4	5	5	100	8,58%
GERENCIA	GER 19	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: Criterios: - El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. - La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras	4	5	5	100	8,58%

		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.					
--	--	---	--	--	--	--	--

Priorización PACAS

GRUPO DE ESTÁNDARES	ESTÁNDAR	DESCRIPCIÓN DEL ESTÁNDAR	TOTAL CALIFICACIÓN ESTANDAR	CALIFICACIÓN ESPERADA	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN
PACAS/ ACCESO	9. 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.	3,50	4,0	4	5	5	100
ACCESO	16. Código: (AsAC8)	15. Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.	3,90	4,0	4	5	5	100
REGISTRO E INGRESO	17. Código: (AsREG1)	16. 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.	3,50	4,0	4	5	5	100
EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE INGRESO	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.	3,30	4,0	4	5	5	100
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	32. Código: (AsPL10)	31. 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.	3,20	4,0	5	5	5	125

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	34. 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	3,20	4,0	4	5	5	100
PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN RES 1328	AsPL23	El modelo de prestación en salud definido por la institución despliega acciones en desarrollo de los valores principios y elementos principales de la Atención Primaria en Salud en el ámbito territorial, contempla los siguientes criterios, según sea pertinente.	3,60	4,0	5	4	5	100

Priorización Ambiente Físico

Grupo de Estandares	Estandar	PRIORIZACIÓN				
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)
Gerencia del Ambiente Físico	122. Código: (GAF2)	4	5	5	100	11,2%
Gerencia del Ambiente Físico	GAF 35	4	5	5	100	11,2%

Priorización Gerencia de la Información

Grupo de Estándares	Estándar	PRIORIZACIÓN				
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)
GERENCIA DE LA INFORMACION	149. Código: GI8	5	5	4	100	16,6%

Priorización Gestión de la Tecnología

Grupo de Estandares	Estandar	PRIORIZACIÓN				
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	133. Código: GT2	4	5	5	100	13,1%
GESTIÓN DE TECNOLOGÍA	GT 36	4	5	5	100	13,1%

Priorización Talento Humano

Grupo de Estándares	Estándar	PRIORIZACIÓN				
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)

Gerencia del Talento Humano	105. Código: TH2	4	5	5	100	13,9%
-----------------------------	------------------	---	---	---	-----	-------

Priorización Mejora Continua

GRUPO DE ESTÁNDARES	ESTÁNDAR	PRIORIZACIÓN				
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN	% (Pareto)
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	157. Código: MCC2	5	4	5	100	27,5%
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	158. Código: MCC3	5	4	5	100	27,5%

8. Definir plan de mejora de acreditación (PAMEC)

Se evidencian archivos en Excel incompletos, por lo tanto, es prioritario formalizar el plan de mejoramiento – PAMEC y documentar su respectivo seguimiento.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda fortalecer el seguimiento permanente al cumplimiento de la planificación de las actividades establecidas como preparación para la Acreditación en Salud, así como al plan de comunicaciones y plan educativo evitando el incumplimiento reiterativo del cronograma de trabajo, implementando correctivos y realizando los ajustes a la programación de manera oportuna.
- ✓ El plan educativo establece como táctica o herramienta para desarrollar dicho plan, el uso de una plataforma de curso virtual, sin embargo, durante el año 2023 no fue utilizada para temas de educación, se recomienda iniciar la implementación de la plataforma virtual que permita la educación continua en temas de interés para la E.S.E.
- ✓ Se recomienda incluir en el cronograma general como en los cronogramas de autoevaluación por cada estándar la identificación de los recursos requeridos, con el fin de fortalecer la planeación atendiendo lo establecido en el cronograma general de acreditación en salud.
- ✓ Se recomienda suscribir plan de mejoramiento de acuerdo a los porcentajes de cumplimiento obtenidos en la autoevaluación de Habilitación, con el fin de intervenir dichos aspectos, cargando la información en el INFORWEB, así mismo realizar el cargue en la herramienta de los formularios de novedades de habilitación.

- ✓ Se recomienda como actividad prioritaria formalizar el plan de mejoramiento – PAMEC y documentar su respectivo seguimiento.

CONCLUSIONES

- ✓ La E.S.E. ha planeado y ejecutado la implementación del sistema único de acreditación en salud, de tal manera que se pueden evidenciar diferentes actividades que muestran un avance importante frente a la línea estratégica de ACREDITACIÓN, establecida en su Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023.
- ✓ La E.S.E ha desarrollado diferentes estrategias de comunicación y sensibilización en temas relacionados con Acreditación en Salud, lo que permite un mayor conocimiento del equipo de la Red.
- ✓ Se evidencia que se han implementado las siguientes mejoras de acuerdo al último informe de seguimiento de autoevaluación de acreditación realizado por la Asesora de Control Interno:
 - ✚ Inclusión en la autoevaluación de acreditación, los estándares establecidos en la Resolución 1328 de 2021, dando cumplimiento a las recomendaciones o hallazgos de la Contraloría de Santiago de Cali e Icontec.
 - ✚ Fortalecimiento de la gestión documental de tal manera que los documentos de Acreditación, PAMEC y Habilitación del año 2023, son de fácil acceso en la herramienta INFORWEB, permitiendo evidenciar los avances del proceso de implementación y conservando la memoria histórica de la E.S.E.
 - ✚ El establecimiento de la periodicidad de las estrategias de comunicación en el plan de comunicaciones.

Cordialmente,



JOHANNA OREJUELA GAMBOA
Asesora de Control Interno

C.C. Comunicaciones, Control y Mejora