AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					CALIFICACIÓN PROMEDIO
DERECHOS DE LOS PACIENTES	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1. 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.											
1.1.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 compañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).											
1.2. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
1.3. La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.											
1.4. 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.											
1.5. 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.											
1.6. 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.											
1.7. La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.											
1.8. La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.											
2. La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza:											

2.1. El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo. 2.2. La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos. 2.3. Un comité que analice y avale los proyectos de investigación en los que participa la institución. 2.4. El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación. 2.5. Las competencias técnicas del personal que hace parte del equipo de investigación. 2.6. Los principios éticos y parámetros internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones clínicas.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
3. 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. 3.1. El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios. 3.2. El código de buen gobierno incluye mecanismos para presentar posibles conflictos de intereses. 3.3. Los comités de ética evalúan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (trasplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
4.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. 4.1. 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 extrainstitucional ambulatoria o intrainstitucional prestada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados. 4.2. 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.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
SEGURIDAD DEL PACIENTE											

5. La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante: 5.1 Una estructura funcional para la seguridad del paciente. 5.2. 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. 5.3. Monitorización de eventos adversos. 5.4. Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
6.0. 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: 6.1. La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos. 6.2. 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. 6.3. La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
7. 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.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
ACCESO											

8. 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. 8.1. Desde el acceso, se definen mecanismos de identificación redundante. 8.2. Desde el acceso, se hace identificación de riesgos de la atención de acuerdo con el tipo de usuario. 8.3. 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. 8.4. Se hacen mediciones de demanda insatisfecha y se toman acciones que demuestran su reducción	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
9. 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.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
10. 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.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
11. 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. 11.1. En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acordes con las necesidades del usuario.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**

12. 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.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
13. 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. 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: 13.1. Oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta. 13.2. 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). 13.3. Tiempos para la realización de interconsultas. 13.4. Listas de espera para las patologías que lo ameritan. 13.5. Demanda insatisfecha. 13.6. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
14. 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.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
15. Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.											

15.1. 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.											
15.2. 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.											
15.3. 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.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
15.4. 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.											
15.5. La organización tiene implementada una estrategia para disminuir el riesgo de inasistencia.											
15.6. La organización garantiza que se entrega con anterioridad a la atención al usuario la información requerida para su atención.											
15.7. 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.											
REGISTRO E INGRESO											
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.											
16.1. 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.											
16.2. Incluye el uso de controles de identificación redundante.											
16.3. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:											

16.3.1. Identificación del personal de la organización que va a estar a cargo del usuario.											
16.3.2. Mecanismos redundantes de identificación del usuario.											
16.3.3. Definición de riesgos de acuerdo con condición al ingreso.											
16.3.4. Los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento por el equipo de salud.											
16.3.5. Priorización de los pacientes que deben atenderse en todos los servicios.											
16.3.6. Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición representa sobre la vida del paciente.											
16.3.7. Identificación de los pacientes en la urgencia.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
16.4. 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.											
16.5. La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.											
16.6. 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.											
16.7. La organización monitoriza y hace gestión específica en relación con los tiempos para el ingreso asistencial a los diferentes servicios.											
16.8. Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.											
16.9 Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											

17. Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia.											
17.1. La organización garantiza un proceso para proveer información al usuario y su familia en los siguientes aspectos:											
17.1.1. Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.											
17.1.2. Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.											
17.1.3. Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación.											
17.1.4. La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
17.1.5. Derechos, servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.											
17.1.6. Ubicación en la habitación y en el entorno.											
17.1.7. Causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando.											
17.1.8. 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.											
17.2. Se establecen listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo con las prioridades y los riesgos detectados por la institución.											
17.3. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
18. 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:											
18.1. Se encuentran y usan en los respectivos sitios administrativos y asistenciales que los requieran para la información oportuna de los usuarios.											

18.2. Se revisan y ajustan periódicamente. Cada actualización es enviada al sitio o servicio que corresponda y se realiza seguimiento de su adherencia.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
18.3. Se garantiza que se deja constancia (física o en el sistema de información) sobre las recomendaciones dadas al paciente para su preparacion.											
18.4. Se socializan y se generan acciones de mejora en caso de no cumplimiento.											
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO											
19. La organización identifica, evalúa y da respuesta a las necesidades educativas de los usuarios.											
19.1. El equipo de salud está preparado y conoce cómo realizar una atención culturalmente congruente con la población objeto.											
19.2. Se tienen en cuenta las necesidades de información.											
19.3. La evaluación del conocimiento, las expectativas y las necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
19.3.1. Conocimiento del paciente acerca de su patología.											
19.3.2. Forma de tratamiento de su enfermedad.											
19.3.3. Expectativas del usuario acerca del resultado de su tratamiento.											
19.3.4. Posibles complicaciones y riesgos.											
19.4. Existe evidencia de que la evaluación de necesidades es realizada por un equipo de salud y coordinada por el médico tratante responsable.											
20.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.											
20.1. Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones.											
20.1.1. Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud.											
20.2. La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

20.2.1. La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.											
20.3. El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.											
20.3.1. Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas. Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.											
20.3.2. Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías.											
20.3.3. Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.											
21. 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.											
21.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.											
21.2. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo con la decisión adoptada.											
21.3. La organización prevé mecanismos para prevenir riesgos de diseminación de infecciones.											
21.4. La organización realiza monitoreo permanente de la adherencia a las técnicas especiales de aislamiento por parte de los colaboradores, difunde sus resultados y estimula el mejoramiento continuo.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
21.5. Existen técnicas e instrucciones para que familiares y visitantes cumplan con las técnicas de aislamiento.											
21.6. Todas las personas que tengan contacto directo con pacientes en condiciones de aislamiento deben recibir capacitación y /o entrenamiento para minimizar los riesgos a los usuarios; esto incluye equipo de salud, personal en práctica formativa, docentes e investigadores, entre otros.											
PLANEACION DE LA ATENCION											

22. 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. 22.1. Se define el enfoque de riesgo. 22.2. Se priorizan los riesgos críticos. 22.3. Se mide el impacto. 22.4. Se gestionan y evalúan los resultados.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
23. 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: 23.1. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las guías de práctica clínica basadas en la evidencia que la organización ha desarrollado, adoptado o adaptado. Los protocolos y los procedimientos definidos por el laboratorio clínico, los servicios de imagenología y demás servicios de apoyo, se articulan con los procesos de cuidado y tratamiento de la atención en salud. 23.2. En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener: 23.3. Cuáles son los objetivos de la guía. 23.4. Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia. 23.5. Definición de mecanismos de consenso. 23.6. Registro de los conflictos de interés de los miembros del grupo de desarrollo. 23.7. Formulación explíicita de recomendaciones. 23.8. Cada cuánto se hará la actualización. 23.9. Aplicabilidad. 23.10. Cada cuánto y cómo se monitorizará la adherencia a la guía, incluido el análisis de pares si es pertinente y necesario. 23.11. Estos procesos son parte integral de la capacitación, inducción y reinducción, de cada trabajador; hay evidencia del conocimiento de estos procesos por parte de los empleados. 23.12. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
24. 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.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**

25. 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.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
26.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											
26.1.Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
26.2. Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y procedimientos y las decisiones de carácter clínico.											
26.3. Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.											
27. 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.											
27.1. En laboratorio clínico, se garantiza que los procesos para la toma de muestras están basados en evidencia y son revisados y ajustados periódicamente con base en nueva evidencia.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
27.2. Se garantizan mecanismos para la comunicación oportuna de los resultados.											
27.3. Existen mecanismos para garantizar la correlación entre los resultados de exámenes y los procedimientos y las decisiones clínicas.											
27.4. Existen mecanismos de alarma para resultados críticos.											
28. 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.											
28.1. Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.											
28.2. Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido (criterio específico para servicios materno-infantiles).											
28.3. Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados (criterio específico para servicios materno- infantiles).											

28.4. Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos (criterio específico para servicios materno-infantiles).											
28.5. Coordinación de la atención entre servicios para identificar e intervenir oportunamente a maternas de alto riesgo y su hijo.											
28.6. Apoyo emocional al usuario y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica solo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas (criterio específico para el servicio de cirugía o unidades de cuidado crítico).											
28.7. Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.											
28.8. Valoración nutricional al paciente hospitalizado y registro de la dieta ordenada.											
28.9. Soporte nutricional especial.											
28.10. Se analizan gustos y preferencias del usuario respecto de la dieta y se ofrecen alternativas.											
28.11. Criterios de ingreso y egreso a Unidad de Cuidado Intensivo.											
28.12. Abordaje interdisciplinario de casos complejos.											
28.13. Criterios para respuesta oportuna y efectiva a interconsultas.	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**4**	**4**	**4**	**4**
28.14. Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes y actividades especiales para usuarios de tercera edad.											
28.15. Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluidas la muerte y la donación de órganos, cuando aplique.											
28.16. Apoyo espiritual o religioso.											
28.17. En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica, se realiza una valoración anestésica prequirúrgica, brindándole toda la información pertinente y suficiente sobre riesgos, preparación, consecuencias, trámites, etc.											

28.18. Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se deben especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.											
28.19. Se garantiza el personal necesario para brindar atención oportuna con el nivel de calidad esperado tanto en el horario diurno como nocturno, fines de semana y festivos.											
28.20. Existe un proceso para informar al personal asistencial implicado en el tratamiento el papel que debe desempeñar.											
28.21. Se estimula la incorporación del paciente y su familia en los programas de promoción y prevención que les apliquen.											
28.22. La organización demuestra la oportunidad y la efectividad en las atenciones descritas en el presente estándar.											
28.23. Se verifica la comprensión por parte del usuario de la información brindada en este estándar.											
28.24. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
29. 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:											
29.1. Salud sexual y reproductiva.											
29.2. Crecimiento y desarrollo.											
29.3. Programas nutricionales y alimentarios.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**4**	**4**	**4**	**4**
29.4. Salud visual.											
29.5. Salud oral.											
29.6. Enfermedades crónicas y degenerativas.											
29.7. Salud mental.											
29.8. Enfermedades de transmisión por vectores.											
29.9. Prevención de enfermedades infecciosas (enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias, entre otras).											

30. 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.											
30.1. Sobre la base de una evaluación de las necesidades para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, se informa al paciente acerca de los esfuerzos conjuntos para el manejo de su enfermedad y, junto con el usuario, se presenta un plan para las actividades correspondientes.											
30.2. La organización asegura que las intervenciones de información y desarrollo de competencias son documentadas, ejecutadas y evaluadas, incluida la evaluación de los resultados obtenidos en relación con los resultados esperados.											
30.3. La organización asegura que los datos sobre las necesidades y el plan sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades se transmiten a todas las organizaciones encargadas de la salud del usuario y, cuando sea pertinente, a las entidades de carácter nacional o territorial del Estado para la conformación de las bases de datos clínicos de calidad o epidemiológicos.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**4**	**4**	**4**	**4**
30.4. La organización asegura que en los registros clínicos del paciente se consigna la información del usuario sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud.											
30.5. La organización asegura que los usuarios, los familiares, el personal y los visitantes tienen acceso a la información sobre estrategias de prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud.											
30.6. Existe un registro de acciones extramurales que dan respuesta a los criterios del estándar.											
30.7. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
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.											
31.1. Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, en el que se le explican el objetivo, los beneficios y los Inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología, aunque debe primar la autonomía del paciente.											

31.2. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.											
31.3. El consentimiento informado debe incluir, como mínimo, los beneficios, los riesgos y las alternativas, de acuerdo con el procedimiento específico.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
31.4. Los profesionales responsables del consentimiento informado reciben capacitación y entrenamiento y son evaluados respecto a:											
31.5. Suficiencia del contenido de la información.											
31.6. Habilidades de comunicación y diálogo.											
31.7. En los casos de reintervenciones, se actualiza el consentimiento informado.											
31.8. Se evalúa el diligenciamiento adecuado, oportuno y veraz del consentimiento informado.											
31.9. Se capacita a los profesionales tratantes acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.											
32. 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:											
32.1. Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.											
32.2. La privacidad es respetada mientras el usuario se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico. (Incluye personal en formación).											
32.3. La privacidad debe ser visual y auditiva.											
32.4. Se estudia, previene e interviene toda forma de discriminación.											
32.5. La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.											
32.6. En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, se debe garantizar que se mantiene la privacidad del paciente durante la toma de muestras, realización del examen y entrega de resultados. A los usuarios se les provee, en los casos que así ameriten, los elementos físicos (vestidos, batas, frascos, tubos etc.) que garanticen la privacidad y dignidad durante la toma de muestras o exámenes.											

32.7. Procedimientos para la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los usuarios y sus preferencias, con prelación a niños, adultos mayores, obstétricas y pacientes en condiciones críticas.											
32.8. Consideraciones en gustos y preferencias de los pacientes en su dieta, forma de presentación de los alimentos, horarios, etc.											
32.9. Consideraciones especiales de acompañamiento al paciente moribundo y apoyo para el bien morir.											
32.10. Desarrollo, a todo el personal, de habilidades para la comunicación y el diálogo, incluida la consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.											
32.11. Procedimientos para el manejo respetuoso y considerado de la información entregada a medios de comunicación sobre los pacientes.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
32.12. Humanización en los procesos de prescripción y administración de medicamentos, realización de procedimientos y toma de muestras: horarios articulados con el reposo de los pacientes, vías de administración que consideren comodidad y nivel del dolor.											
32.13. Abordaje integral del manejo del dolor.											
32.14. Respeto a condiciones especiales de comunidades vulnerables.											
32.15. Respeto del cadáver y apoyo emocional a familiares.											
32.16. Políticas para reducir la contaminación visual y auditiva. Promover condiciones de silencio.											
32.17. Inclusión de elementos de humanización en el ambiente físico de la atención (comodidades, señalización, información, etc.).											
32.18. El abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios.											
32.19. Condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna, reducción de esperas y filas, etc.											
32.20. Desarrollo de estrategias para promover la atención cortés y respetuosa a usuarios y familiares.											
32.21. Desarrollo de estrategias de cuidado con orientación lúdica, especialmente en el caso de niños, adulto mayor y de contribución para el uso adecuado del tiempo en hospitalizaciones prolongadas (lectura, manualidades, etc.).											

32.22. El desarrollo de las actividades de este estándar se despliega a todo el personal de la organización, incluidos terceros contratados.											
32.23. Gestión de riesgos relacionados con la falta de humanización en el servicio.											
32.24. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
33. La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente; incluye:											
33.1. Diseño del plan farmacológico de tratamiento.											
33.2. Aplicación de la política de uso racional de antibiótico.											
33.3. Participación del equipo interdisciplinario para la definición de antibiótico si la situación lo requiere.											
33.4. Participación del servicio farmacéutico.											
33.5. Participación de infectología si la complejidad lo requiere.											
33.6. Reconciliación de medicamentos al ingreso.											
33.7. Fármacovigilancia.											
33.8. Señales de alarma y mecanismos para la separación de medicamentos de aspecto o nombre similar, para evitar errores de administración.											
33.9. Revisión de todas las órdenes en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.											
33.10. Mecanismos para comunicar oportunamente al equipo de salud las necesidades específicas de medicamentos del paciente (este criterio no aplica para los servicios ambulatorios). Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume según un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos en el plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
33.11. Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.											
33.12. Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.											
33.13. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
34. 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.											
34.1.La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al usuario y su familia. La constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.											

34.2.Hay un proceso definido para referencia de las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente, e incluye:											
34.3 .Una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas, identificadas, almacenadas, transportadas las muestras y cómo se notifican los resultados.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
34.4. Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.											
34.5. Se instruye al usuario sobre la preparación para la toma de los exámenes.											
34.6. Con el fin de garantizar la seguridad en la atención, los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable y fecha de resultados.											
34.7. Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados o en estado de inconciencia.											
34.8. La organización garantiza un proceso en el que se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de diagnóstico.											
34.9. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
35. 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.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
35.1. El personal que realiza la toma o que transporta las muestras está capacitado y es sujeto de seguimiento de la adherencia a los procedimientos establecidos.											
35.2. La organización tiene estandarizados y controla los tiempos y condiciones de traslado.											
35.3. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
36. 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:											
36.1. Competencias del personal responsable de la atención y mecanismos para su evaluación.											
36.2. Marcación de elementos.											
36.3. Información clínica mínima que deben contener las solicitudes de exámenes (inclusive aquellos que son de urgencias o se hacen en horario nocturno) y los reportes.											
36.4. Registro de las órdenes que no cumplen con el criterio anterior; esta información es compartida y analizada con los profesionales que remiten o solicitan los exámenes, incluye un sistema de asesoría para el correcto diligenciamiento de las órdenes.											

36.5. Verificación de la identidad del usuario que se coteja frente a la orden médica y a la marcación de los insumos utilizados en los procedimientos.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
36.6. Control de tiempos de traslado de muestras.											
36.7. Medición de la oportunidad de los reportes.											
36.8. Aceptación o rechazo de muestras o imágenes. Si se aceptan muestras comprometidas o imágenes dudosas, el reporte final debe indicar la naturaleza del problema y precaución al interpretar el resultado. Incluye:											
36.8.1. Análisis para identificar las causas que motivaron el daño de la muestra o imagen.											
36.8.2. Información al usuario para la retoma de la muestra o imagen.											
36.9. Esta información debe formar parte del programa de Seguridad del Paciente.											
36.10. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
37. 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:											
37.1. Tiempos de duración del procesamiento y entrega de resultados. Si por alguna razón los resultados se van a demorar más de lo previsto, se tiene un sistema para avisar al profesional y/o al usuario de dicha demora. La explicación deberá estar acompañada de información precisa de cuándo estará el resultado. Adicionalmente, se analizarán las causas que ocasionaron la demora y se tomarán medidas al respecto.											
37.2. Para estos casos, generará un proceso de clasificación y ordenamiento de los exámenes y los procedimientos solicitados, basados en criterios de priorización, con el fin de evacuarlos por orden de prioridad.											
37.3. La entrega de todos los resultados de exámenes y procedimientos de manera escrita. En los casos excepcionales, cuando la entrega se haga telefónicamente al equipo de salud, se lleva un registro de quien dicta y quien recibe. En ningún caso, el resultado puede ser entregado de manera verbal al usuario.											
37.4. Proceso de almacenamiento y conservación del reporte original, aun cuando los resultados escritos sean una trascripción o grabación y esta no sea realizada por quien efectuó el análisis de los exámenes	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
37.5. Proceso sistemático y periódico de auditoría para identificar la consistencia y la trazabilidad entre los diferentes registros.											
37.6. Se garantiza la entrega de todos los reportes al usuario o al médico tratante según lo definido en el proceso, con pautas específicas para la entrega de aquellos resultados que puedan influir en la integridad de las personas (ej.: cáncer, VIH, abuso de cualquier tipo, procedimientos parte de un proceso legal, etc.).											

37.7. Un proceso para evaluar la correlación entre la clínica y los resultados de los exámenes realizados.											
37.8. La asesoría permanente a los profesionales que lo requieran para la correcta interpretación de los resultados.											
37.9. Procedimientos para identificar y evaluar errores en la entrega de resultados. En estos casos, se deberá generar una respuesta inmediata a los interesados dejando constancia de dicha anomalía.											
37.10. El análisis de errores en cualquiera de las fases de la entrega de resultados para tomar acciones correctivas.											
37.11. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
37.12. Esta información debe formar parte del programa de seguridad del paciente.											
38. El laboratorio cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado											
38.1. Se lleva registro de las acciones de control de calidad y de las acciones correctivas establecidas por la organización, las cuales son conocidas y analizadas.											
38.2. Se lleva un registro actualizado de las calibraciones que se hacen para cada prueba cuantitativa en el laboratorio, indicando fecha y resultados de los controles obtenidos.											
38.3. El laboratorio tiene un sistema para comparar los resultados del control de calidad externo de las pruebas de proficiencia contra estándares válidos de desempeño, para todas las pruebas que realiza en el laboratorio.											
38.4. El laboratorio debe verificar periódicamente la validez del intervalo de análisis de los métodos usados.											
38.5. Debe llevar un registro de las fechas y los resultados obtenidos.											
38.6. En la sección de Microbiología, el laboratorio debe llevar registros del control de los medios de cultivo, coloraciones y antibiogramas mediante organismos ATCC	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
38.7. En la sección de hematología, el laboratorio debe procesar mínimo tres niveles de controles de calidad, de manera diaria, y debe llevar un registro correspondiente. En la sección de coagulaciones, el número de niveles de control debe ser mínimo dos.											
38.8. Se deben llevar los registros contemplados en los criterios señalados.											

38.9. En la sección de Inmunología, el laboratorio debe realizar verificaciones del procedimiento mediante el procesamiento de controles (positivos y negativos) cada vez que se realicen las pruebas.											
38.10. El laboratorio debe llevar un registro de las acciones tomadas cuando los resultados del control de calidad externo no cumplan con los límites aceptables. Química, dos niveles; inmunoensayos, mínimo tres niveles.											
38.11. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
39. 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:											
39.1. Admisión y transporte intra e interinstitucional de los pacientes con infección.											
39.2. Estandarización, implementación y seguimiento a la adherencia de técnicas de aislamiento.											
39.3. Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.											
39.4. Profilaxis antibiótica.											
39.5. Uso racional de antibióticos.											
39.6. Uso de perfil de resistencia antibacteriana.											
39.7. Protocolos de desinfección.											
39.8. Reportes de cultivos de superficie.											
39.9. Acciones del comité de vigilancia epidemiológica.											
39.10. Acciones en el caso de brotes infecciosos.											
39.11. Ajuste de guías de práctica clínica con base en perfil de resistencia bacteriana.											
39.12. Proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:											
39.12.1. Definición de infecciones asociadas al cuidado de la salud.											
39.12.2. Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria.	**3**	**3**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**

39.12.3. Implementación, medición y gestión de indicadores de infección de acuerdo con la complejidad y por servicio. Como mínimo, los indicadores de acreditación de referencia, ejemplo: infección asociada a catéter central, infección de sitio operatorio, endometritis postparto, neumonía asociada a ventilador, infección asociada a sonda vesical.											
39.13. Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes de la organización.											
39.14. El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.											
39.15. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.											
39.16. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.											
39.17. El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.											
39.18. Sistema de ventilación para contaminantes, si aplica.											
39.19. Esterilización acorde con las necesidades de los servicios.											
EJECUCION DEL TRATAMIENTO											
40. 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.											
40.1. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función en un equipo de trabajo; La organización demuestra la suficiencia de personal para ejecutar el tratamiento de acuerdo con la complejidad ofrecida.											
40.2. Se realizan interconsultas en forma oportuna y se evalúa la efectividad de las mismas.											
40.3. La organización promueve y evalúa el trabajo en equipo y la interacción de responsables de tratamiento.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**

40.4. Se realiza valoración nutricional.											
40.5. Se tienen en cuenta todos los riesgos principales de los pacientes.											
40.6. La organización garantiza que el profesional tratante provee información básica al usuario y su familia como resultado de su atención.											
40.7. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
41. El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, que incluye como mínimo:											
41.1. El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma:											
41.1.1. Óptimo entendimiento y aceptación por parte del usuario del tratamiento y sus objetivos.											
41.1.2. El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben, horarios e interacciones; se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de reacciones adversas medicamentosas.											
41.2. Información necesaria y suficiente de resultados de los exámenes o los procedimientos diagnósticos, garantizando el adecuado entendimiento por parte del usuario y/o su familia, especialmente cuando se trate de pacientes menores de edad, o con algún grado de discapacidad física y/o mental.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
41.3. Acompañamiento y asesoría especializada para información de resultados en los casos de pacientes con enfermedades catastróficas, especialmente cáncer, ETS, VIH o SIDA:											
41.3.1. Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso (cuidados en casa, si aplica).											
41.3.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo su participación en la prevención de infecciones.											
41.4. Participación activa del usuario en promover su propia seguridad.											
41.5. La organización evalúa el entendimiento por parte de los usuarios de toda la información y la educación recibidas durante el proceso de atención.											

41.6. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
42. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor vevidencia disponible.											
42.1. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica.											
42.2. La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos.											
42.3. La auditoría para el mejoramiento de la calidad evalúa que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
42.4. Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas.											
42.5. La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización.											
42.6. La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva.											
42.7. Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento.											
43. 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).											
43.1. La organización adopta la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, cuando aplique, incluyendo la seguridad y conservación de pruebas legales.											
43.2. La organización tiene documentadas las estrategias para la detección e intervención de estos casos de violencia y controla la adherencia a su aplicación.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
43.3. La organización tiene un protocolo para la notificación de este tipo de eventos, incluida la constancia del reporte en la historia clínica.											

43.4. Los profesionales han sido capacitados para detectar los casos de maltrato infantil, abuso sexual y violencia intrafamiliar.											
43.5. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
44. 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.											
44.1. El profesional tratante debe estar informado de este derecho.											
44.2. La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al usuario si este decide volver a consultar.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
44.3. La organización cuenta con mecanismos para analizar en forma interdisciplinaria, cuando la condición lo amerite, casos complejos o complicados y ofrecer alternativas de manejo.											
44.4. La ejecución del tratamiento aborda estrategias de humanización de la atención.											
45. La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.											
45.1. Los parámetros que se utilicen para definir las necesidades de educación en salud deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención.											
45.2. El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario) y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales usuarios.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
45.3. Los programas se apoyan con materiales educativos que faciliten el cumplimiento del objetivo.											
45.4. Cuando existen grupos específicos de educación diferentes al equipo de salud tratante, debe existir un mecanismo definido de retroalimentación al grupo asistencial tratante. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.											
45.5. La educación al usuario incluye su participación en la seguridad durante el proceso de la atención.											
EVALUACION DE LA ATENCION											

46. 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. 46.1. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas y/o registros asistenciales por parte de pares, para los casos de eventos adversos. 46.2. Se cuenta con un mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales. 46.3. La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes agudos y para los inscritos en programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados. 46.4. La organización evalúa sus resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
47. 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: 47.1. Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento. 47.2. Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público. 47.3. Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados. 47.4. Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
48. 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. 48.1. La organización garantiza que el personal asistencial conoce la definición y el proceso referidos en el estándar.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**

48.2. El personal que interviene en el proceso lo aplica, acorde con lo definido por la organización.											
48.3. La evaluación de la adecuación de la utilización del servicio se hace con base en criterios explícitos y priorizando la seguridad del paciente.											
49. 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:	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
49.1. Portafolio de servicios de la institución.											
49.2. Detección de necesidades y expectativas del usuario y su familia.											
49.3. Mecanismos para medir la adherencia al plan de tratamiento.											
49.4. Indicadores de efectividad y oportunidad.											
SALIDA Y SEGUIMIENTO											
50. 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:											
50.1. Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso.											
50.2. Cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.											
50.3. Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante.											
50.4. Comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.											
50.5. Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar, si aplica.											
50.6. Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**

50.7. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios. Este criterio no aplica para los servicios ambulatorios.											
50.8. Información de los trámites que los usuarios 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 dicha labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional.											
50.9. Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica.											
50.10. El profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)											
50.11. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
51. 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.											
51.1. La organización asegura que las políticas, directrices, procesos y procedimientos para la prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
51.2. La organización asegura la existencia y aplicación de directrices y/ o procedimientos para el seguimiento de la prevención de las enfermedades y la salud después de la salida del paciente											
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA											
52. En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:											
52.1. 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.											

52.2. La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente.											
52.3. 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.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
52.4. 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.											
52.5. Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones encontradas.											
53. Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: 53.1. Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes.											
53.2. Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes. Esta indicación no sustituye la que debe brindársele por parte del proceso de asignación de citas.											
53.3. Se informa al usuario la disponibilidad para la toma oportuna de exámenes y los procedimientos para solicitar la cita.											
53.4. La organización debe definir previamente si los resultados se le entregan al usuario y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega.											

Una vez obtenidos los resultados de los exámenes se debe garantizar que:											
53.5. Siempre debe quedar constancia en la historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante.											
53.6. Se provee información a los usuarios y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales.											
53.7. La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y si la retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control.											
53.8. Deberá contarse con algún mecanismo posterior de seguimiento sobre el entendimiento de la información dada por el profesional al usuario.											
53.9. La organización cuenta con mecanismos de comunicación con los prestadores de servicios de laboratorio o imágenes, cuando los resultados no están acompañados de una lectura o están en letra ilegible, sin firma o sello, sin código del responsable y sin fecha de resultados. Igualmente, se debe garantizar que entre los dos servicios exista un mecanismo de asesoría y consejería en la interpretación de los resultados.											
53.10. Se aplican los mecanismos de alarma para resultados críticos y se desarrollan medidas para la notificación urgente y confidencial al profesional tratante, a la institución y a los responsables de los programas específicos, si aplica.											
REMISIÓN A URGENCIAS											
53.11. Previo al traslado, se debe garantizar que la organización a donde se remite cuenta con la disponibilidad del servicio.											

53.12. En el proceso de traslado se debe tener una información mínima que incluye: quién transporta, cómo se transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización a donde se remite. El presente criterio no reemplaza aquel que solicita que en todos los casos se acompañe al paciente con una información clínica relevante.	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
53.13. Se evalúa la pertinencia de las remisiones y se toman correctivos de las desviaciones encontradas.											
REMISIÓN A SERVICIOS DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS											
53.14. Orienta al usuario sobre dónde y en qué horarios se suministran los medicamentos.											
53.15. La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los usuarios. Lo anterior no implica que la organización que remite es la responsable directa de la entrega de medicamentos, solo verifica los criterios de calidad mencionados.											
REMISIÓN A SERVICIO AMBULATORIO DE DIFERENTE COMPLEJIDAD											
53.16. Los profesionales explican al usuario la pertinencia de por qué es necesario contar con una opinión especializada en su proceso de atención y tratamiento											
53.17. Se provee información sobre cómo solicitar la cita y los trámites administrativos que debe realizar.											
53.18. Existen acciones coordinadas entre los servicios e instituciones para establecer parámetros de oportunidad.											
REMISIÓN A HOSPITALIZACIÓN											
53.19. Si el paciente es remitido directamente a una hospitalización, se debe garantizar la coordinación de este proceso desde el centro asistencial.											
53.20. Se cuenta con registros de quién coordina el trámite, quién lo va a recibir, dónde se va a recibir y la disponibilidad de una cama hospitalaria, así como de la evidencia del cumplimiento de las condiciones necesarias para la continuidad de la atención.											
53.21. La organización se asegura de que el usuario fue atendido por la organización a la cual fue remitido.											

REMISIÓN A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN											
53.22. La organización debe contar con procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, soportados preferiblemente en los sistemas de información (sistemas de alarmas, recordatorios, etc.), para remitir los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. El profesional remitente debe conocer si se le hizo o no la atención.											
INFORMACIÓN AL MEDICO O LA ORGANIZACIÓN REMITENTE											
53.23. Cuando la organización es la receptora de un paciente referido, el médico o la organización que remitió al paciente es informada acerca de la atención del usuario referido.											
53.24. La orden de remisión del profesional debe contener un resumen de las condiciones clínicas del paciente y de las indicaciones.											
53.25. Si el profesional tiene alguna duda o sugerencia frente a los servicios solicitados, la organización tiene estandarizados mecanismos de comunicación y acuerdo entre los profesionales remitentes, dejando siempre constancia del consenso logrado.											
54. 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:											
54.1. La organización cuenta con protocolos y criterios explícitos para los casos que se remiten: motivos de referencia, fechas, lugares, información del usuario, cuándo y dónde se remiten, entre otros. Estos protocolos están respaldados por la existencia de la documentación necesaria que respalde este proceso											
54.2. La organización garantiza que las remisiones a laboratorios de diferente complejidad cuentan con la información clínica relevante del paciente.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
54.3. Brinda información clara y completa al usuario o su familia sobre los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio al que se refieren las muestras.											

54.4. Existe un protocolo de mantenimiento y conservación de las muestras previo al envío.											
54.5. Existe un proceso que garantiza la seguridad de las muestras que se han referido y que no se presente confusión respecto a la muestra e identidad.											
54.6. Existe un protocolo de recepción de muestras transportadas y se llevan estadísticas de segundas muestras por problemas preanalíticos.											
55. 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.	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
56. 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.											
57. 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.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
SEDES INTEGRADAS EN RED											

58. Existe una definicion explicita de las razones de conformacion de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
59. Si la red de prestacion cuenta con una diferenciacion explicita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
60. Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinacion y la continuidad del proceso de atencion del usuario.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
61. La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
62. 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. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
63. El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. 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.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**

64. Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
65. Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel). 65.1. El usuario puede solicitar la cita en la IPS de su preferencia.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
66. Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, incluidos los acrónimos a ser usados tanto en la parte médica como en la administrativa. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente, y debe facilitar la coordinación y continuidad de los cuidados del mismo.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
67. Independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
68. La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
69. La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas desde esta gerencia.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
70. La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**

71. La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presentan condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
72. La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización 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, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**4**
73. Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
ESTÁNDAR DE MEJORAMIENTO											
74. 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:											
74.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
74.2. La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
74.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
74.4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.											
74.5. La comunicación de los resultados.											
	3.9	**3.9**	**3.9**	**3.7**	**3.7**	**3.7**	**3.7**	**3.7**	**3.7**	**3.7**	**3.8**

HOSPITAL DEL SUR

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					CALIFICACIÓN PROMEDIO
GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO	**Sistematicidad y Amplitud**	**Proactividad**	**Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque**	**Despliegue en la institución**	**Despliegue al cliente interno y/o externo**	**Pertinencia**	**Consistencia**	**Avance de la medición**	**Tendencia**	**Comparación**	
75. 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:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
75.1. 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.											
75.2. Aspectos éticos y normativos.											
75.3. Los cambios del entorno.											
75.4. La seguridad del paciente y los colaboradores.											
75.5. El enfoque y la gestión de riesgo.											
75.6. La humanización durante la atención del usuario y su familia.											
75.7. La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.											
75.8. Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.											
75.9. La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.											
75.10. Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente											
75.11. La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.											
75.12. La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.											
75.13. La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.											
75.14. Las necesidades del usuario y su familia.											

75.15. 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											
75.16. Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.											
76. La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
76.1. Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados.											
76.2. 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.											
76.3. Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda.											
76.4. Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación.											
76.5. Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico.											
76.6. La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.											
77. La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas.	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3.0
77.1. Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.											
78. 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	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3.9

79. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
80. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
80.1. La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores.											
80.2. La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda.											
80.3. La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública.											
80.4. Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión.											
80.5. El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo.											
80.6. Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento.											
80.7. Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.											

80.8. Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.											
81. 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.	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3.0
82. 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:	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3.0
82.1. Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad.											
82.2. Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados.											
82.3. Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento											
82.4. Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización											
82.5. El enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización.											
82.6. Evaluación de gestión de riesgo.											
82.7. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
83. La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
83.1. Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.											
83.2. Inducción y reinducción.											
83.3. Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.											
83.4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas											
84. Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva.	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3.4

84.1. 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.											
84.2. 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.											
84.3. Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta.											
84.4. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.											
85. 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.	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3.4
85.1. 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.											
85.2. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.											
85.3. 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.											
85.4. 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.											

85.5. 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											
86. Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye:	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3.0
86.1. Personal clínico-docente con formación en pedagogía.											
86.2. Experiencia docente.											
86.3. Políticas de formación y educación continuada.											
86.4. Políticas de investigación.											
86.5. Plan de desarrollo docente.											
86.6. Definición clara de roles.											
86.7. Asignación de responsabilidades.											
86.8. Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias.											
86.9. Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.											
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO											
87. 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:	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3.3
87.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
87.2. 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.											
87.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
87.4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.											
87.5. La comunicación de los resultados.											
	4.00	**4.00**	**3.92**	**3.85**	**3.77**	**3.62**	**3.62**	**3.31**	**3.15**	**2.54**	**3.49**

HOSPITAL DEL SUR

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					CALIFICACIÓN PROMEDIO
ESTANDARES DE GERENCIA	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
88. 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.	4	4	4	3	3	4	4	4	3	2	3.0
88.1. Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores.											
88.2. grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas.											
88.3. La descripción del proceso de atención al cliente.											
89. 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.	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.7
90. Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3.8
91. La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4.0
91.1. Responde a una política organizacional.											

91.2. Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.											
91.3. Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.											
91.4. Realiza acciones de evaluación y mejora.											
92. La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
92.1. Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).											
92.3. Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.											
92.4. Evaluación de resultados ajustados por riesgo.											
92.5. Eventos adversos.											
92.6. Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.											
92.7. Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.											
93. 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:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
93.1. Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.											
93.2. Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.											
93.3. Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.											
93.4. Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.											

93.5. Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.											
94. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
94.1. Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.											
94.2. Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.											
94.3. Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.											
94.4. Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento											
95. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
96. 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:	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3.9
96.1. Dignidad personal.											
96.2. Privacidad.											
96.3. Seguridad.											
96.4. Respeto.											
96.5. Comunicación.											

97. 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:	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
97.1. Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.											
97.2. Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.											
97.3. Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar											
97.4. 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.											
97.5. Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.											
97.6. 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.											
97.7. 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.											
97.8. La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.											
98. 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:	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.7

98.1. Revisión de prioridades en el plan estratégico.											
98.2. Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.											
98.3. Evaluación de los recursos disponibles.											
98.4. Balance oferta-demanda.											
98.5. Análisis de los presupuestos.											
98.6. Evaluación de costos.											
99. Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante :	4	4	3	3	3	3	2	3	3	2	3.0
99.1. Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo											
99.2. Monitorización y gestión de la cartera.											
99.3. Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros.											
99.4. Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.											
99.5. Análisis de la productividad.											
99.6. Análisis de costos.											
99.7. Gestión de seguros.											
99.8. Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.											
99.9. Aplicación del código de ética en el uso de los recursos.											
99.10. Auditoría y mejoramiento de procesos.											
99.11. Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,											
99.12. Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.											
100. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que:	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3.4

100.1. 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.											
100.2. 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.											
100.3. 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.											
100.4. Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero.											
101. La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación.	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3.3
101.1. Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa.											
101.2. Identificación de recursos para la práctica formativa.											
101.3. Desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento.											
101.5. Actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas.											
101.6. Balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación.											

101.7. Balance y adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades de personal en práctica formativa.											
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO											
102. 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:	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.7
102.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
102.2. 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.											
102.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
102.4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.											
102.5. La comunicación de los resultados.											
	4.0	**4.0**	**3.9**	**3.9**	**3.9**	**3.8**	**3.7**	**3.6**	**3.2**	**2.8**	**3.6**

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					CALIFICACIÓN PROMEDIO
ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL RECURSO HUMANO	**Sistematicidad y Amplitud**	**Proactividad**	**Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque**	**Despliegue en la institución**	**Despliegue al cliente interno y/o externo**	**Pertinencia**	**Consistencia**	**Avance de la medición**	**Tendencia**	**Comparación**	
103. 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:	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**4**	**4**	**3**	**2**	**2**	**3.4**
103.1. Legislación.											
103.2. Evaluación periódica de expectativas y necesidades.											
103.3. Evaluación periódica del clima organizacional.											
103.4. Evaluación periódica de competencias y desempeño.											
103.5. Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.											
103.6. Análisis de cargas de trabajo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.											
103.7. Análisis de puestos de trabajo.											
103.8. Convocatoria, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro.											
103.9. Políticas de compensación y definición de escala salarial.											
103.10. Estímulos e incentivos.											
103.11. Bienestar laboral.											
103.12. Necesidades de comunicación organizacional.											
103.13. Aspectos relacionados con la transformación de la cultura organizacional.											

103.14. Relación docencia-servicio.											
103.15. Efectividad de la respuesta.											
104. Existe un proceso para la planeación del talento humano. El proceso descrito considera aspectos tales como:	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3.4
104.1. Legislación.											
104.2. Cambios en el direccionamiento estratégico.											
104.3. Mejoramiento de Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. Cambios en la estructura organizacional.											
104.4. Cambios en la planta física.											
104.5. Cambios en la complejidad de los servicios.											
104.6. Disponibilidad de recursos.											
104.7. Tecnología disponible.											
104.8. Suficiencia del talento humano en relación con el portafolio y la demanda de servicios.											
104.9. Relación docencia-servicio.											
104.10. Relación de la oferta y la demanda de servicios con la docencia-servicio.											
104.11. 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.											
104.12. Evaluación de necesidades de contratación con terceros.											
105. La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención y tiene en cuenta:	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3.4
105.1. Requisitos y perfil del cargo.											

105.2. Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.											
105.3. Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.											
105.3. Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.											
105.4. Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.											
105.5. Asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.											
105.6. 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											
106. 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:	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3.4
106.1. Educación.											
106.2. Licenciamiento o certificación, si aplica.											
106.3. Experiencia requerida.											
106.4. Habilidades.											
106.5. Relaciones interpersonales.											
106.6. Las competencias deben incluir: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología y el mejoramiento de la calidad.											
106.7. El talento humano relacionado con docencia e investigación tiene las competencias para las prácticas formativas asignadas.											

107. 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:	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	3.3
107.1. Priorización de los colaboradores relacionados con el proceso de atención y aquellos que participen en las actividades de prácticas formativas, docencia e investigación.											
107.2. Se corroboran fuentes de información sobre antecedentes y credenciales.											
107.3. En relación con los registros de los colaboradores se garantiza:											
107.4. Confidencialidad y seguridad.											
107.5. Control en el acceso a los registros.											
107.6. 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.											
108. 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:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
108.1. Direccionamiento estratégico.											
108.2. Inducción y reinducción.											
108.3. Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.											
108.4. Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.											
108.5. Código de ética y código de buen gobierno.											
108.6. Modelo de atención.											
108.9 Portafolio de servicios.											
108.10 Estructura organizacional.											
108.11 Expectativas del desempeño.											
108.12 Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.											
108.13. Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.											
108.14 Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.											
108.15. Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.											

108.16. Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.											
108.17. Comisiones clínicas.											
108.18. La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.											
108.19. El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.											
108.20. Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.											
108.21. El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.											
108.22. 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.											
108.23. 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.											
109. 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.	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3.5
109.1. La competencia es evaluada desde el proceso de selección.											
109.2. El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.											
109.4. Se provee retroalimentación a los evaluados.											

109.5. El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el momento de ingreso a la organización.											
110. La organización cuenta con estrategias que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los colaboradores. Las estrategias se relacionan con:	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3.2
110.1. El entrenamiento o certificación periódica de los colaboradores de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios tales como:											
110.2. Cumplimiento de las responsabilidades a su cargo.											
110.3. Pasos o fases del proceso de atención.											
110.4. Seguridad del paciente.											
110.5. Humanización del servicio.											
110.6. Habilidades comunicativas.											
110.7. Enfoque de riesgo.											
110.8. Gestión de tecnologías.											
110.9. Protocolos y guías de atención.											
110.10. Investigación científica.											
110.11. Entrenamiento de estudiantes, si aplica.											

111. 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.	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3.2
112. En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.	4	4	4	4	3	3	3	2	2	2	3.1
112.1. Se realiza evaluación de la cultura organizacional.											
112.2. Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados.											
112.3. Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural.											
113. La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores. Se incluye:	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
113.1. Trato humano cálido, cortés y respetuoso.											
113.2. Consideración del entorno personal y familiar.											
113.3. Análisis del panorama de riesgos.											
113.4. Remuneraciones, incentivos y bienestar.											
113.5. Medición de fatiga y estrés laboral.											

113.6. Carga laboral, turnos y rotaciones.											
113.7. Ambiente de trabajo.											
113.8. Abordaje de la enfermedad profesional.											
113.9. Preparación para la jubilación y el retiro laboral.											
113.10. Mejoramiento de la salud ocupacional.											
Estos criterios se consideran también para el personal en práctica formativa, docentes e investigadores.											
114. La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Esto considera si:	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
114.1. Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores.											
114.2. A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento.											
115. Se cuenta con procesos estandarizados para planeación, formalización, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de costo-beneficio de las relaciones docencia-servicio e investigación y una prestación de servicios de atención en salud óptima.	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3.5
116. 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.	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3.5
117. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3.6
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO											

118. 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:	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**3.8**
118.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
118.2. La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento.											
118.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
118.4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificaron del cierre de ciclo y el aseguramiento de la calidad.											
118.5. La comunicación de los resultados.											
	4.00	**4.00**	**4.00**	**3.94**	**3.81**	**3.75**	**3.75**	**3.00**	**2.38**	**2.31**	**3.49**

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					CALIFICACIÓN PROMEDIO
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	**Sistematicidad y Amplitud**	**Proactividad**	**Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque**	**Despliegue en la institución**	**Despliegue al cliente interno y/o externo**	**Pertinencia**	**Consistencia**	**Avance de la medición**	**Tendencia**	**Comparación**	
119. 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:	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3.2
119.1. Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.											
119.2. Enfoque de riesgo.											
119.3. Mejoramiento de la seguridad industrial.											
119.4. Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.											
119.5. La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.											
119.6. La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.											
119.7. Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.											
119.8. Condiciones para la humanización del ambiente físico.											
120. La organización garantiza el manejo seguro del ambiente físico.	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3.3
120.1. La organización cuenta con una estrategia para promover la cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.											
120.2. Se cuenta con programas de capacitación y entrenamiento en el manejo del ambiente físico para colaboradores y usuarios.											

120.3. 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.											
120.4. 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.											
120.5. Protocolos para casos de reúso.											
120.6. Proceso de esterilización seguro.											
120.7. Directrices para el uso seguro de ropa hospitalaria y evaluación de su cumplimiento.											
120.8. Manejo seguro del servicio de alimentación.											
120.9. Condiciones del espacio físico para aislamiento.											
120.10. El cumplimiento de legislación en materia de seguridad hospitalaria.											
121. La organización garantiza procesos para identificar, evaluar y mejorar la gestión ambiental. Incluye:	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3.2
121.1. Política de gestión ambiental responsable.											
121.2. Fomento de una cultura ecológica.											
121.3. Uso racional de los recursos ambientales (servicios públicos, otros).											
121.4. Reciclaje.											
121.5. Riesgos de contaminación ambiental.											
121.6. Aportes de la organización a la conservación del ambiente.											
121.7. Evaluación del impacto ambiental a partir de la gestión de la organización.											
122. La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el *manejo seguro de desechos. Los procesos consideran:*	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
122.1. Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente y en el destino final.											
122.2. Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.											
122.3. Impacto ambiental.											
122.4. Elementos de protección para el personal.											
122.5. Reciclaje y comercialización de materiales.											

122.6. El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.											
122.7. Información y educación a los usuarios y sus familiares sobre el manejo seguro de desechos, según aplique.											
122.8. 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.											
122.9. 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.											
122.10. Monitorización periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.											
123. La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3.2
123.1. Desarrollo y revisión permanente del plan organizacional para preparación en casos de emergencias y desastres.											
123.2. El plan contempla todas las unidades funcionales y se articula con todas las sedes de la organización, si aplica.											
123.3. 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.											
123.4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla los recursos y las actividades para la respuesta oportuna.											
123.5. La existencia de planes de contingencia en caso de fallo de los sistemas de comunicación.											
123.6. Se recolecta y difunde la información necesaria para la ejecución del plan.											
123.7. Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.											
123.8. La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.											

123.9. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:										
123.9.1. Disposición de áreas para la recepción de los afectados.										
123.9.2. Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.										
123.9.3. Aplicación de un sistema de ***triage.***										
123.10. Señalización del área acomodada para atender al grupo de usuarios.										
123.11. Activación de ***protocolos de salida de los pacientes hospitalizados*** que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.										
123.12. Un sistema de comunicación formal entre la organización que atiende la emergencia, los pacientes y sus familias.										
123.13. Existe un proceso para ***prevención y respuesta a incendios.***										
123.14. El proceso está acorde con los códigos aprobados.										
123.15. ***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.										
123.16. Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los colaboradores y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.										
123.17. *Evacuación de los usuarios en riesgo.*										
123.18. Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.										
123.19. Sistemas de evacuación.										
123.20. ***Señalización de sistemas de evacuación.***										
123.21. Procesos de ***desconexión de gases o sustancias inflamables*** en los servicios.										
123.22. La institución garantiza la *información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendio* .										

123.23. Un sistema de evaluación de simulacros y la definición de acciones frente a las desviaciones encontradas											
124. Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios (cuando ocurren situaciones que lo ameriten). El proceso incluye:w	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3
124.1. Identificación de usuarios que deben ser reubicados.											
124.2. Comunicación de esta situación a las familias.											
124.3. Sistema de transporte de los usuarios.											
124.4. Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.											
125. 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:	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3
125.1. Identificación de usuarios que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.											
125.2. Señalización y sitios de encuentro que faciliten la ubicación.											
125.3. Mecanismos de seguridad para la ubicación de pacientes.											
125.4. Un sistema de comunicación en la organización para la identificación del cliente.											
125.5. Designación de un responsable de la búsqueda.											
125.6. Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.											
125.7. Contacto con la Policía y la familia del paciente.											
126. La organización promueve una ***política de no fumador*** y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3.4
127. 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:	4	4	4	4	4	3	3	2	2	2	3.2
127.1. Condiciones de humedad, ruido, iluminación.											

127.2. Promoción de condiciones de silencio.											
127.3. Señalización adecuada, sencilla y suficiente.											
127.4. Ambiente de trabajo adecuado.											
127.5. Reducción de la contaminación visual y ambiental.											
127.6. Accesos que tienen en cuenta las limitaciones de los usuarios.											
127.7. Salas de espera confortables.											
128. 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.	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	3.4
128.1. Se definen planes de contingencia para garantizar la seguridad en los procesos de remodelación, reparación, etc., incluyendo aislamiento del ruido y la contaminación.											
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO											
129. 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:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
129.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
129.2. 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.											
129.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
129.4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.											
129.5. La comunicación de los resultados.											
	3.9	3.9	3.9	3.6	3.5	3.2	3.2	2.9	2.8	2.3	3.327272727

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADO					CALIFICACIÓN PROMEDIO
ESTANDARES DE GESTION DE TECNOLOGIA	**Sistematicidad y Amplitud**	**Proactividad**	**Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque**	**Despliegue en la institución**	**Despliegue al cliente interno y/o externo**	**Pertinencia**	**Consistencia**	**Avance de la medición**	**Tendencia**	**Comparación**	
130. La organización cuenta con un proceso para la **planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología**.	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3.9
130.1. Aspectos Normativos											
130.2. Análisis de la relación oferta-demanda.											
130.3. Necesidades de pagadores, usuarios y equipo de salud.											
130.4. Necesidades de desarrollo de acuerdo con el plan estratégico, la vocación institucional, el personal disponible y la proyección de la institución.											
130.5. Condiciones del mercado.											
130.6. El análisis y la intervención de riesgos asociados a la adquisición y el uso de la tecnología.											
130.7. 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.											
130.8. La articulación de la intervención en la infraestructura con la tecnología.											
130.9. La definición de las **tecnologías a utilizar para promoción y prevención** y acciones de salud pública.											
130.10. La definición de los sistemas de organización, administración y apoyo (ingeniería, arquitectura, otros) para el uso de la tecnología.											
130.11. La definición de tecnologías a utilizar en los servicios de habilitación y rehabilitación.											
130.12. 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.											
130.13. Personal profesional y técnico que conoce del tema e integra a los responsables de la gestión tecnológica en los diferentes servicios.											

130.14. El conocimiento en la gestión de tecnología por los responsables de su uso.											
130.15. La evaluación de eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.											
131. La organización cuenta con una **política organizacional** definida, implementada y evaluada para **adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición** de la tecnología. Incluye:	4	4	3	4	3	4	4	4	2	3	3.5
131.1. La evidencia de seguridad.											
131.2. Evaluación de la confiabilidad, incluyendo el análisis de las fallas y eventos adversos reportados por otros compradores.											
131.3. La definición del tiempo de vida útil de la tecnología.											
131.4. La garantía ofrecida.											
131.5. Las condiciones de seguridad para su uso.											
131.6. Los **manuales traducidos y la información necesaria** para garantizar el uso óptimo de la tecnología.											
131.7. El soporte, incluidos el tipo de soporte y el tiempo que se garantiza (repuestos, software y actualizaciones, entre otros).											
131.8. Las necesidades e intervalos de mantenimiento.											
131.9. Las alternativas disponibles.											
131.10. Las proyecciones de nuevas necesidades.											
131.11. La **validación por personal capacitado** para comprobar que cumple con las especificaciones técnicas, está completo y funciona en forma correcta.											
131.12. Evaluación de costo-beneficio, utilidad y costo-efectividad de la tecnología.											
132. La organización cuenta con un **proceso** diseñado, implementado y evaluado para garantizar la **seguridad del uso de la tecnología**. Incluye:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
132.1. La evaluación e intervención de los **principales riesgos** de uso de la tecnología disponible en la institución.											
132.2. 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, fármacovigilancia , 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.											
132.3. La **difusión de información a los colaboradores** sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riegos asociados al uso.											

132.4. La **información a usuarios** sobre riesgos de la tecnología y su participación en la prevención de los riesgos asociados a su alcance.											
132.5. La **revisión sistemática del estado, mantenimiento y soporte técnico** para el funcionamiento de la tecnología en condiciones óptimas.											
132.6. 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.											
132.7. La notificación inmediata de fallas y las medidas para evitar daños adicionales a la tecnología o eventos adversos a las personas.											
132.8. La evaluación del **inventario, vida útil, disponibilidad de repuestos**, partes, etc.											
132.9. La continuidad de la atención en casos de **contingencia** por fallas o daños.											
132.10. La evaluación, el seguimiento y el mejoramiento de las medidas implementadas.											
133. La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la **puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología**.	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3.7
134. La organización garantiza que el **proceso de mantenimiento** (interno o delegado a un tercero) está planeado, implementado y evaluado:	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3.9
134.1. El proceso es planificado, tiene la cobertura necesaria para toda la tecnología que lo requiera y existen soportes y documentación que lo respalda.											
134.2. Se evidencia que el personal encargado de esta labor cuenta con el entrenamiento necesario.											
134.3. Se evalúan los **tiempos de parada de equipos por razones de mantenimiento o daño** y se toman las medidas de contingencia necesarias.											
134.4. 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.											
134.5. Se explican al personal usuario de las tecnologías los tiempos necesarios para el mantenimiento y las intervenciones realizadas.											
134.6. Se da información al usuario, si la situación lo requiere.											

135. La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la **renovación de tecnología** en la que se incluye:	4	4	4	4	3	3	4	4	2	4	3.6
135.1. Análisis de los costos de reparación o mantenimiento, obsolescencia y disponibilidad de repuestos para la tecnología que se pretende renovar.											
135.2. Beneficios en comparación con nuevas tecnologías.											
135.3. Confiabilidad y seguridad.											
135.4. Facilidad de operación.											
135.5. Articulación con el direccionamiento estratégico.											
135.6. Facilidades y ventajas para los colaboradores que utilizan la tecnología y los usuarios a quienes se dirige.											
136. 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.	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3
136.1. 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.											
136.2. La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de la red, no implica que las instituciones que 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.											
136.3. 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.											
137. 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.	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3.1

138. 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**.	4	4	4	3	3	3	3	3	1	2	3
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO											
139. 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	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4.2
139.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
139.2. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
139.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
139.4. El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.											
139.5. La comunicación de los resultados.											
	4.1	**4**	**4**	**3.6**	**3.2**	**3.6**	**3.7**	**3.7**	**2.8**	**3.3**	**3.59**

31 En cualquiera de los dos casos mencionados (organización exclusiva de terapia física, o un servicio de terapia física dentro de una organización de servicios ambulatorios) se deben cumplir el resto de los estándares del presente manual.

32 Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional como tal, sino de procesos específicos para cumplir tal función.

37 Lo anterior no implica que la organización que remite es la responsable directa de la entrega de medicamentos, solo verifica los criterios de calidad mencionados.

40 Hay que recalcar que lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor. Lo que se requiere es la existencia de un proceso que esté operativizado.

41 Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

42 Alguno, o todos, de los criterios mencionados

56 Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

57 Alguno, o todos, de los criterios mencionados

73 El médico sale y la llama, altavoz, numeración electrónica, etc

74 También llamadas en la literatura Fallas Activas y fallas Latentes, respectivamente.

75 Estos protocolos deben estar diseñados así la función principal de la organización no sea la atención de urgencias

79 Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

80 Alguno, o todos, de los criterios mencionados

101 Un ejemplo de aplicación de este estándar está en discapacidades cognitivas y del comportamiento, farmacodependencia o alcoholismo, que requieran inmovilización, aislamiento, terapia electroconvulsiva, psicocirugía, anticoncepción u otras

* Puede ser una delegación a un tercero, externo a la institución. De todas maneras, la organización debe asegurarse que el estándar y sus criterios sean cumplidos

** Lo anterior no implica que este comité, ni su líder, dependan estructuralmente de la gerencia o de la Junta Directiva de la organización.

*** Alguno, o todos, de los criterios mencionados

* Son los casos específicos donde cada prestador tiene una especialización funcional, que puede complementarse con la de otros prestadores que hacen parte de la red.

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					CALIFICACIÓN
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	PROMEDIO
140. 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:	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3.5
140.1. Identificadas en los procesos de atención.											
140.2. Relacionadas con el direccionamiento y la planeación de la organización.											
140.3. De asignación de recursos.											
140.4. De docencia-servicio.											
140.5. Investigación.											
140.6. Salud pública.											
140.7. Promoción y prevención.											
140.8. Del paciente y su familia durante su atención.											
140.9. Mejoramiento de la calidad.											
141. 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:	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3.8
141.1. La identificación de las necesidades de información.											
141.2. Un proceso de implementación basado en prioridades.											
141.3. 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.											
141.4. Flujo de la información.											
141.5. Minería de datos.											
141.6. Almacenamiento, conservación y depuración de la información.											
141.7. Seguridad y confidencialidad de la información.											
141.8. Uso de la información.											
141.9. El uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.											
141.10. Recolección sistemática de las necesidades, las opiniones y los niveles de satisfacción de los clientes del sistema de información.											
141.11. Cualquier disfunción en el sistema de información es recolectada, analizada y resuelta.											
141.12. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con la atención al cliente de la organización.											

142. 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.	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3.5
142.1. La organización garantiza el diseño y el seguimiento de protocolos por cumplir, en caso de variaciones observadas.											
142.2. La organización tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas.											
142.3. Realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.											
142.4. Se hace énfasis en las decisiones para el mejoramiento											
143. La adopción de tecnologías de la información y comunicaciones tendrá en cuenta:	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3.3
143.1. Los costos asociados.											
143.2. El entrenamiento al personal.											
143.3. Los aspectos éticos.											
143.4. La relación existente entre tecnología y personal (número de equipos, cobertura, etc.).											
144. Existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3.8
144.1. Acceso no autorizado.											
144.2. Pérdida de información.											
144.3. Manipulación.											
144.4. Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos a los legalmente contemplados por la organización.											
144.5. Deterioro, de todo tipo, de los archivos.											
144.6. Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no esté restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.											
145. Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información. La transmisión garantiza:	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3.8
145.1. Oportunidad.											
145.2. Facilidad de acceso.											
145.3. Confiabilidad y validez de la información.											
145.4. Seguridad.											
145.5. Veracidad.											
146. Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3.2
146.1. La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.											
146.2. Los permisos asignados a cada responsable.											

146.3. La validación y la conciliación entre los datos recolectados y											
147. 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.	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3.8
147.1. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con la organización.											
147.2. La información consolidada está disponible para la comparación											
148 La gestion de la informacion relacionada con lo registros clinicos , sea en medio fisico o electronico , garantiza la calidad , la seguridad y la accesibilidad de los mismos . Incluye	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.7
148. Orden. Legibilidad y concordancia clínico-patológica.											
148.1. Claridad y actualización de los registros clínicos.											
148.2. Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.											
148.3. Adecuado archivo de los registros clínicos y fácil disponibilidad cuando sean requeridos.											
148.4. Auditoría sistemática y periódica a la calidad de forma y contenido de los registros clínicos.											
148.5. Garantía de la custodia de los registros clínicos.											
148.6. Unicidad de los registros clínicos para cada usuario.											
148.7. Sistema de identificación y numeración unificado para todos los registros clínicos.											
149. 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.	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3.3
150. 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.	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3.3
151. 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.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3.8
151.1. Se cuenta con mecanismos para validar la información.											
151.2. La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).											

151.3. Se articula información clínica y administrativa.											
151.4. Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.											
151.5. Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.											
152. Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3.3
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO											
153. 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:	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3.7
153.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.											
153.2. 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.											
153.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
153.4. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.											
153.5. La comunicación de los resultados.											
	4.00	**3.86**	**3.64**	**3.64**	**3.50**	**3.57**	**3.64**	**3.36**	**3.29**	**3.07**	**3.56**

HOSPITAL DEL SUR

AUTOEVALUACION SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN RESOLUCION 123 DE 2013 DICIEMBRE 2013

ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTAC		RESULTADOS					CALIFICACIÓN
ESTANDARES DE MEJORAMIENTO	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	PROMEDIO
154. Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, el cual:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
154.1. Tiene un enfoque sistémico.											
154.2. Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.											
154.3. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.											
154.4. 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.											
154.5. 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.											
154.6. Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.											
154.7. Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.											
154.8. Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.											
154.9. 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.											
154.10. Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.											
154.11. Debe hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.											
154.12. Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.											

154.13. 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.											
155. La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación, las cuales:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3.9
155.1. 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.											
155.2. Cuentan con el soporte, los recursos y los elementos necesarios para su implementación.											
155.3. Se operativizan en acciones de mejora, las cuales se realizan completas y en el tiempo asignado en un cronograma de trabajo.											
155.4. Identifican las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.											
155.5. Son llevadas a cabo por colaboradores y/o equipos de mejoramiento con las competencias necesarias para su desarrollo.											
156. Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización.	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3.6
156.1. Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.											
156.2. 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.											
156.3. Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.											
156.4. Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.											
156.5. 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.											
156.6. Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo.											
157. Los resultados del mejoramiento de la calidad son comunicados y se consideran:	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3.8
157.1. 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.											

157.2. Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.											
157.3. Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.											
157.4. Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento.											
158. 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.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4.2	**4**	**4.2**	**4.2**	**4**	**4**	**4**	**4.2**	**4.2**	**3.6**	**4.06**

149. 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.

150. 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.
151. 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.
151.1. Se cuenta con mecanismos para validar la información.
151.2. La información es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).
151.3. Se articula información clínica y administrativa.
151.4. Se presentan resultados con base en indicadores y tendencias.

151.5. Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.
152. Existen procesos diseñados, implementados y evaluados de educación y comunicación orientados a desplegar información a clientes internos y externos.
ESTANDAR DE MEJORAMIENTO
153. 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:
153.1. El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
153.2. 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.
153.3. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
153.4. La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
153.5. La comunicación de los resultados.